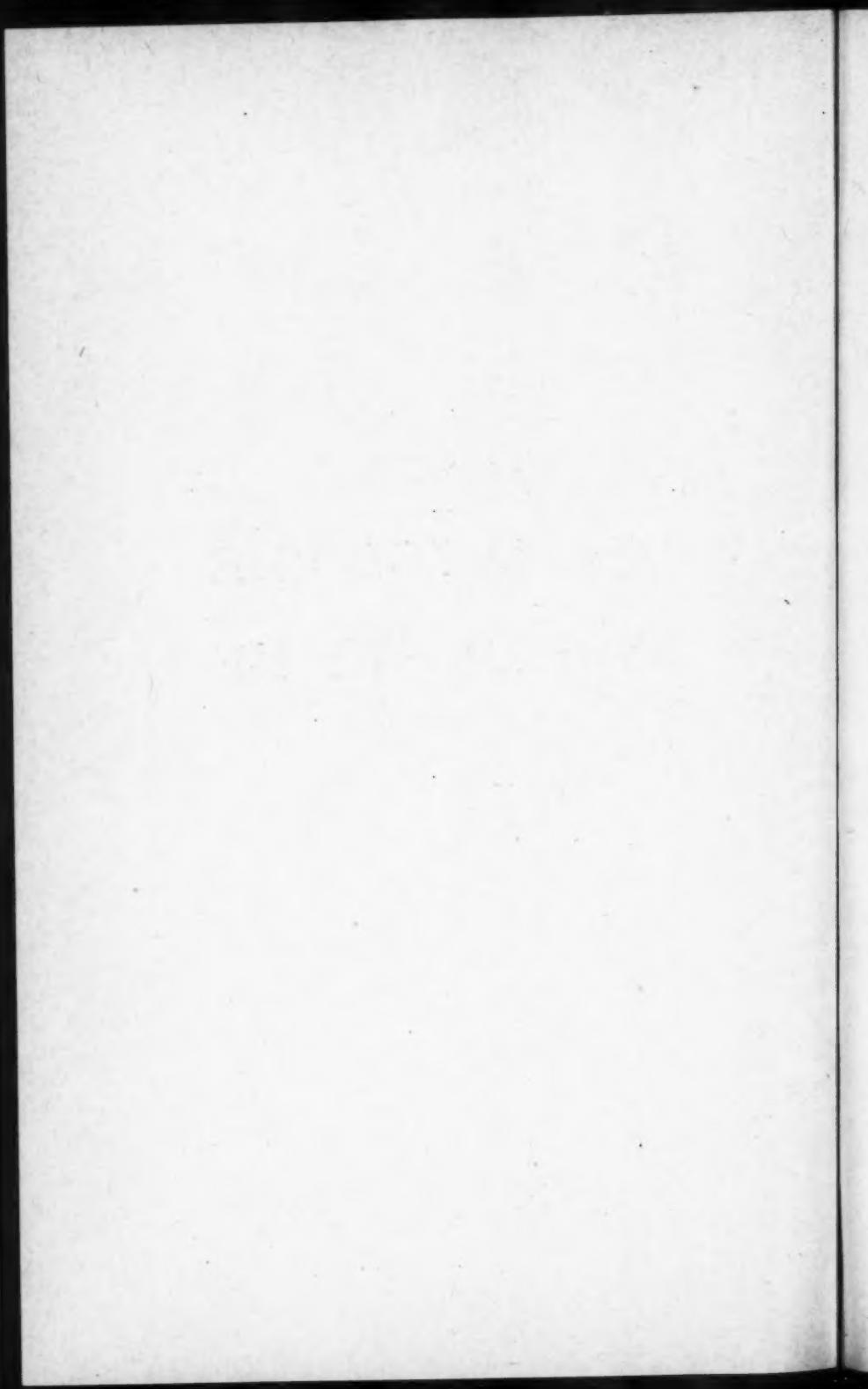


ANNALES  
DE  
DERMATOLOGIE  
ET DE  
SYPHILIGRAPHIE

---

6<sup>e</sup> série. — Tome V — 1924



ANNALES  
DE  
DERMATOLOGIE  
— ET DE —  
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

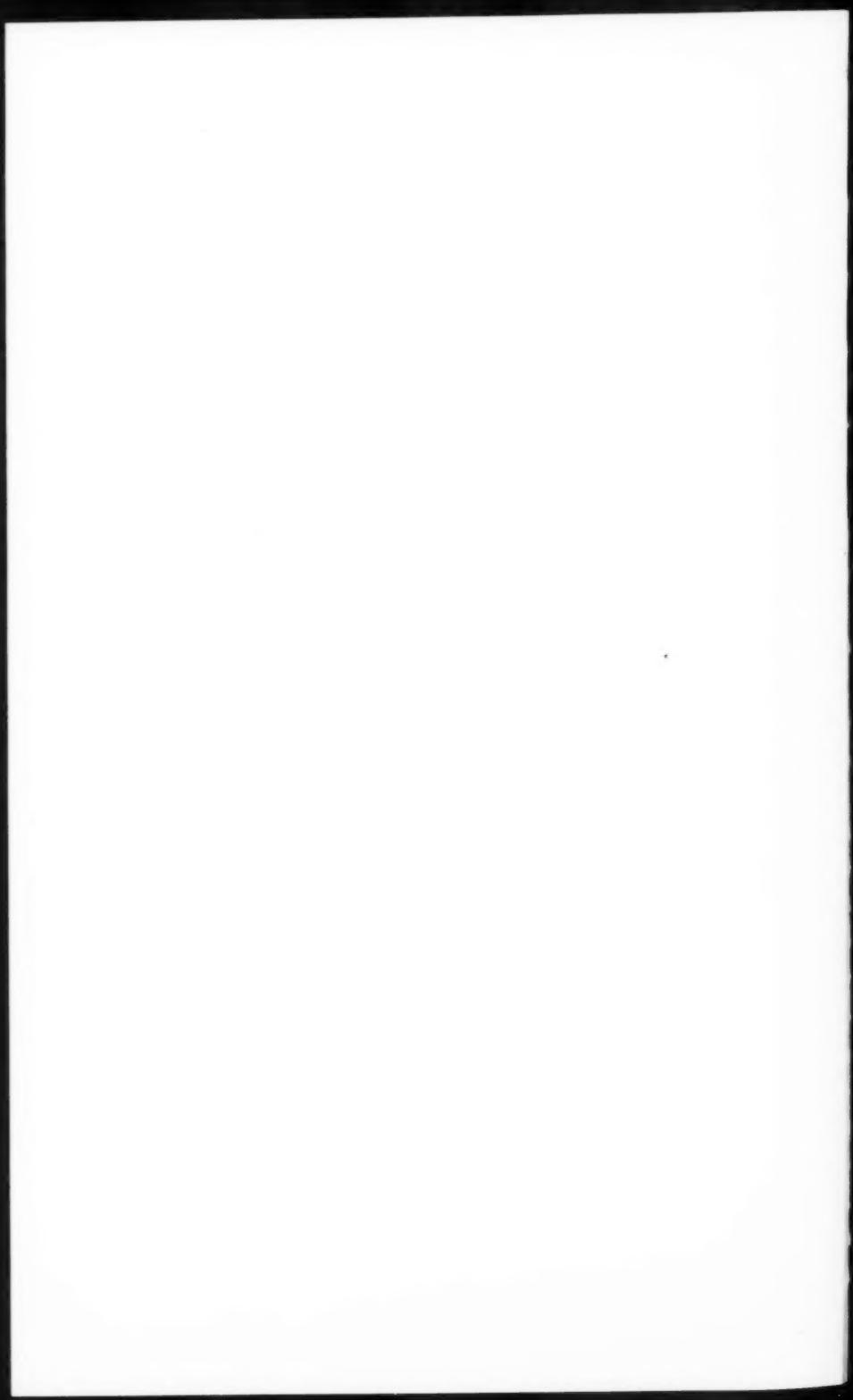
CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROcq (Paris). — J. DARIER (Paris).  
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).  
J. NICOLAS (Lyon). — PAUTRIER (Strasbourg).  
R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris)  
et P. RAVAUT (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF

TOME V — 1924

PARIS

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, (6<sup>e</sup>)



ANNALES  
DE  
DERMATOLOGIE  
ET  
SYPHILIGRAPHIE

FONDEES PAR M. DOYON

SIXIEME SERIE

Préface de

M. AUDRY (Lyon). — L. BROCC (Paris). — J. DARIEN (Paris).  
M. DEBUISCH (Bruxelles). — M. JEANTELME (Paris).  
M. NICOLAS (Lyon). — M. PITTIER (Strasbourg).  
M. SAMOURAUD (Paris). — M. THIBAUCHE (Paris).  
M. P. ZAVALD (Paris).

RÉDACTEUR EN CHEF

MASSON ET C. ÉDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE  
46, RUE LEGRAND — FAUBOURG SAINT GERMAIN, PARIS.

Adresser tout ce qui concerne la traduction au Dr Paul RAVAUT, 16 Avenue de Malakoff, 17, rue Sallé, Paris 13<sup>e</sup>. (Téléph. : Chambord 41.12).

Prix de l'abonnement pour 1924 (12 numéros + périodique) :  
France : 40 fr. ; Etranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.  
Abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit de  
l'Académie de la Société de Dermatologie.  
Les abonnements prennent au 1<sup>er</sup> Janvier.

## PROTECTEURS, CICATRISANTS, ANTIPIQUETTEURS

PARISERENT DE JOUR

Action pénétrante et profonde

OXYDE DE ZINC

ROUGE DE VIDAL

VIGO

Salle de Coche

Galleys

Bagny

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...

... ...





med.  
Terg.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### TROIS EXEMPLES DE LÉSIONS " HISTORIQUES " DE LA VÉROLE & DE SON TRAITEMENT

Par CH. LENORMANT  
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Beaucoup de maladies se transforment avec le temps ; elles ne sont plus tout à fait aujourd'hui ce qu'elles étaient aux époques antérieures. Les changements de race et de milieu, les progrès de l'hygiène et de la thérapeutique expliquent cette évolution. C'est devenu une banalité que de dire que la fièvre typhoïde d'aujourd'hui n'est plus celle de Louis, et il est bien vraisemblable qu'avec la généralisation de la vaccination antityphique l'aspect de la maladie s'écartera de plus en plus dans l'avenir de l'ancienne dothiénentérite. C'est une banalité aussi que d'opposer l'évolution de la tuberculose dans la population imprégnée de nos grandes villes modernes et celle de la même infection lorsqu'elle est importée dans un milieu complètement indemne jusqu'à-là, ainsi qu'il est arrivé dans certaines campagnes ou lorsque les Européens ont apporté dans des régions encore vierges, avec la civilisation, l'alcool et le bacille de Koch.

Nous avons eu récemment, pendant la guerre, un exemple remarquable de ces modifications qu'une méthode thérapeutique largement employée peut entraîner dans l'aspect et l'évolution d'une maladie. Je veux parler du téтанos. Pendant les premiers mois de guerre, alors que la sérothérapie préventive était nulle, faute de sérum, et les plaies mal soignées, on a revu les types classiques du tétanos aigu tels que les avaient observés et décrits nos devanciers. Plus tard, quand on eut réglé l'application systématique de la sérothérapie et quand les plaies furent traitées plus rationnellement et plus efficacement, le tétanos n'a pas disparu, mais est devenu plus rare et surtout il s'est profondément modifié au point de vue clinique : on a constaté des incubations d'une longueur anormalement prolongée et des té-

nos retardés qui éclataient plusieurs mois après la cicatrisation de la blessure, les tétonas localisés, regardés comme exceptionnels par les anciens, ont été assez fréquents, etc.

Il en va de même de la syphilis. Ses manifestations et sa gravité ne sont pas les mêmes dans tous les temps et dans tous les lieux. Ce que nous savons sur la grande invasion qu'elle fit en France, au xvi<sup>e</sup> siècle, la montre alors d'une malignité extrême, brûlant les étapes et évoluant presque comme une maladie aiguë. De même, certaines syphilis exotiques seraient particulièrement malignes. A l'heure actuelle, la syphilis n'a pas diminué de fréquence et son domaine s'est encore élargi, car nous avons appris à lui rattacher des lésions du système nerveux et de l'appareil vasculaire dont l'origine avait été longtemps méconnue. Mais, avec la précocité, l'intensité et la persévérance méthodique des traitements dirigés contre elle, son évolution est le plus souvent enrayer, et l'on n'assiste plus au déroulement complet de ses trois périodes classiques. Les grands accidents du tertiarisme s'observent plus rarement qu'autrefois. A la langue, par exemple, si l'on rencontre à foison des leucoplasies et des scléroses superficielles, on ne voit plus guère ces glossites gommeuses si minutieusement décrites par Fournier : dans un service de chirurgie de Saint-Louis, où passent un très grand nombre de malades atteints de lésions de la langue, où toutes sont soigneusement étudiées et vérifiées par la biopsie, je n'ai pas observé en quatre ans un seul cas de gomme de la langue. De même, si les périostites, les artralgies, les synovites syphilitiques sont relativement fréquentes, les premières surtout, je n'ai pas le souvenir d'avoir jamais rencontré un cas net d'artropathie gommeuse, de tumeur blanche syphilitique, telle que l'ont décrite autrefois Richet, et après lui Méricamp.

Cependant, de temps à autre, surtout dans un centre hospitalier comme Saint-Louis où viennent aboutir tant de malades, on voit reparaître, chez des sujets qui n'ont pas été traités ou ne l'ont été qu'insuffisamment, quelques-uns de ces grands accidents de l'ancienne vérole qui sont devenus exceptionnels aujourd'hui et que bien des médecins ne connaissent que par oui-dire.

L'observation que voici en est un exemple. Elle concerne un cas de nécrose syphilitique très étendue des os du crâne que je suis depuis près de trois ans. Certes, la syphilis du crâne est connue ; on sait que le frontal et le pariétal sont des lieux d'élection

de l'ostéite syphilitique, et il y a dans les vitrines du musée Dupuytren toute une série de crânes vermolus et hyperostosés qui portent la signature de la vérole. Mais toutes ces pièces sont anciennes, et il est rare aujourd'hui pour les chirurgiens d'assister à l'évolution clinique de semblables lésions et d'avoir à en diriger le traitement. Aussi m'a-t-il paru que ce cas méritait d'être publié.

La malade, âgée de 48 ans, ne peut préciser l'époque à laquelle elle a contracté la syphilis ; mais, il y a 13 ans, en 1908, elle a présenté des accidents secondaires typiques, plaques muqueuses et roséole, qui



Fig. 1.

ont disparu sous l'influence d'un traitement mercuriel. Dès ce moment aussi, elle aurait constaté l'existence de deux petites bosses dures et indolentes dans la région frontale. En 1912, artropathie du genou gauche, qui cède à une reprise du traitement ; puis, jusqu'en 1918, la malade reste indemne de tout accident et ne se soigne pas.

En 1918, les deux gommes frontales grossissent, s'ulcèrent et se fistulisent. En juin 1920, apparition d'une nouvelle gomme crânienne, haut située vers le vertex, qui s'ouvre également et reste fistuleuse. C'est dans cet état que la malade entre, en août 1920, dans le service

de M. Hudelo qui, après échec d'un traitement mercuriel intensif, d'ailleurs interrompu par des accidents de stomatite, a bien voulu me la confier.

A ce moment, on constate les lésions suivantes (fig. 1) : dans la région fronto-pariétale gauche, une vaste ulcération des dimensions d'une pièce de cinq francs ; au-dessus de l'arcade sourcilière droite, et séparée de la précédente par une mince bande de peau saine, mais décollée, une autre ulcération, grande comme une pièce de deux francs ; enfin, vers le sommet du crâne et près de la ligne médiane, une troisième ulcération, plus petite, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Toutes ces ulcérasions ont un contour polycyclique, des bords épais, taillés à pic, rougeâtres. Toutes

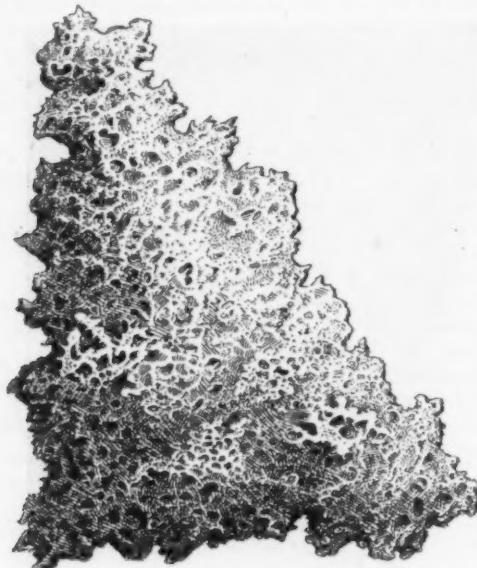


Fig. 1.

ont pour fond l'os nécrosé, noir, sec, irrégulier, résistant sous le stylet. La peau de toute la région antérieure du crâne, dans l'intervalle des ulcérasions, est décollée par une suppuration abondante et fétide ; dans les points où la nécrose s'est déjà limitée et où le séquestre est bordé par un sillon d'élimination, on voit le pus sourdre de ce sillon. L'état général est médiocre. La malade a maigri, perdu l'appétit, mais ne souffre pas.

*Première opération*, le 12 novembre 1920. — Sous-anesthésie générale, on réunit par des incisions les orifices fistuleux et on relève tout le cuir chevelu décollé, de façon à découvrir largement toute la

région antérieure du crâne. L'os présente l'aspect typique du crâne « ver moulu » des syphilitiques. Un vaste séquestre occupe la plus grande partie de la région frontale : il est bien limité, déjà quelque peu mobile, mais enchassé à sa périphérie par l'os sain qui le recouvre. Quelques coups de ciseau suffisent à le libérer et on l'extrait sans difficulté. De forme irrégulièrement triangulaire, à bords découpés, rongé sur ses deux faces par l'ostéite et en même temps hérisse de saillies éburnées, ce séquestre (fig. 2) mesure 10 cm. sur 7 et pèse 38 gr. ; il ne correspond qu'à la table externe et au diploé, car partout la table interne est intacte et l'on ne voit nulle part la dure-mère. Outre ce séquestre principal, on enlève quatre autres séquestrès plus petits. On rabat les lambeaux cutanés et on les fixe par quelques points de suture.

Cette intervention fut suivie d'une amélioration notable. La suppuration diminua rapidement et perdit sa fétidité. La table interne, mise à nu par l'ablation du séquestre, se couvrit bientôt de bourgeons charnus et l'épidermisation, dans la partie basse de la région frontale, fit des progrès importants. Mais le processus d'ostéite n'était pas encore enrayé, et vers la partie supérieure et postérieure (région fronto-pariétale) la nécrose continuait à progresser, malgré un traitement persévérant au mercure et à l'arsénobenzol. C'est dans cette situation que la malade revint à l'hôpital l'année suivante en mai.

*Deuxième opération*, le 31 mai 1921. — On décolle encore une fois le cuir chevelu dans la zone envahie et l'on trouve, en arrière de la perte de substance résultant de la première opération, la table externe d'un blanc mat, manifestement nécrosée ; mais le séquestre n'est encore ni nettement limité, ni mobile. Avec le ciseau et le maillet, on attaque la table externe et on la fait sauter dans toute la zone qui paraît atteinte ; au-dessous d'elle, on trouve une infiltration gommeuse diffuse, avec quelques petits séquestrès libres à bords déchiquetés. On curette cette infiltration et l'on trouve au-dessous d'elle une table interne épaisse et très dure, sauf en un point où l'ostéite intéresse toute l'épaisseur du crâne et où la curette arrive jusque sur la dure-mère. Pansement à plat.

La suppuration n'est pas modifiée par cette intervention, l'ostéite continue à progresser et tend à envahir les deux régions pariétales.

*Une troisième opération* est pratiquée le 16 juin 1921 : à nouveau, on curette les points infiltrés et l'on enlève encore quelques petits séquestrès.

Puis la malade va faire à la campagne un séjour prolongé au cours duquel se produit une grande amélioration de son état général. Je continue à la suivre régulièrement pendant tout l'hiver 1921-1922 : la nécrose progresse lentement dans la région pariétale gauche, la suppuration est toujours abondante. Puis, peu à peu, le séquestre se limite et un sillon d'élimination apparaît.

*Quatrième opération*, le 24 mai 1922. — Le séquestre est libéré, bien mobile et on le cueille aisément à la pince. Il est presque aussi étendu que celui enlevé lors de la première intervention, ver moulu et

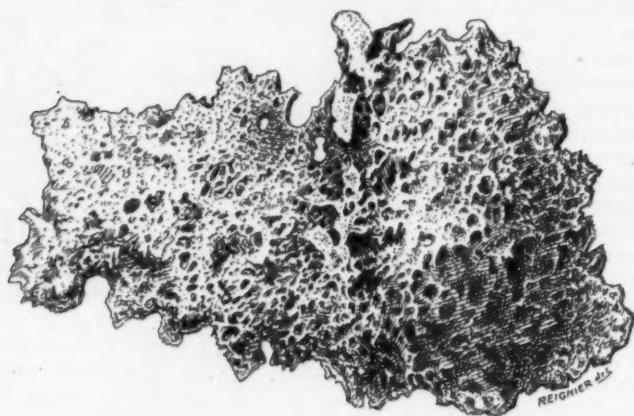


Fig. 3.



Fig. 4.

éburné comme lui (fig. 3); sa forme est irrégulièrement rectangu-

laire ; il mesure 11 cm. dans le sens vertical et sa largeur varie de 4 à 6 cm. Pansement à plat.

A partir de ce moment, la cicatrisation progresse régulièrement, mais avec lenteur, en même temps que l'état général se relève. La malade a fait, pendant l'été de 1922, un long séjour au bord de la mer. Elle en est revenue très améliorée. Aucun nouveau foyer d'ostéite ne s'est plus manifesté et la suppuration a fini par se tarir.

Aujourd'hui, il ne reste plus que quelques petites ulcérations très superficielles, visibles sur la photographie (fig. 4). Tout le reste de la perte de substance, des arcades sourcilières au sommet du crâne, est recouvert d'une cicatrice lisse, adhérente, suffisamment épaisse et qui paraît solide ; mais dans toute cette étendue, le crâne, réduit à sa table interne, présente une dépression profonde, que borde en bas le relief rendu plus saillant des arcades sourcilières. Cette déformation, très visible et très disgracieuse, est la seule trace persistante de la vaste nécrose qu'a présentée la malade. En aucun point l'os n'est à découvert ; partout l'encéphale et les méninges sont protégés par une paroi osseuse, solide et résistante.

En dehors de l'intérêt de curiosité qu'elle peut présenter, étant donné l'étendue des lésions, cette observation montre que, dans ces nécroses étendues où la syphilis est toujours compliquée d'infections secondaires au niveau des ulcérations et des fistules, le traitement spécifique devient, à lui seul, inefficace et que la guérison ne peut être obtenue qu'après élimination complète des séquestrés. Et elle montre aussi que, dans le traitement chirurgical direct de semblables lésions, il faut être patient, attendre que « le mort se soit séparé du vif », que le séquestre se soit limité et mobilisé ; à vouloir aller plus vite, intervenir avant que se soit faite la démarcation de l'os mort et de l'os vivant, ou risque de faire des opérations, ou insuffisantes ou excessives, et aussi d'inoculer les parties encore saines. Dans la seconde intervention que j'ai faite chez ma malade, j'ai réséqué la table externe envahie, sans attendre la mobilisation du séquestre, et le résultat a été nul : l'ostéite a continué à évoluer et ce n'est qu'après deux autres interventions plus tardives, que la guérison s'est enfin produite. Le rôle de la chirurgie doit se borner à l'extraction des séquestrés en voie de mobilisation. C'est la conduite que suivraient les anciens chirurgiens qui voyaient plus souvent que nous de semblables accidents ; elle garde aujourd'hui encore toute sa valeur.

\*\*

L'autre observation que je veux rapporter ici ne concerne plus

un accident de la syphilis, mais un accident de son traitement. C'est un cas particulièrement grave de stomatite mercurielle. La stomatite mercurielle, elle aussi, n'est plus ce qu'elle était jadis, au temps où l'on traitait la vérole à force de frictions et de fumigations et où Pangloss « crachait une dent à chaque effort ». La stomatite mercurielle existe toujours, mais les modifications apportées au traitement de la syphilis, la surveillance et l'hygiène de la bouche la rendent de plus en plus rare, et l'on n'en voit



Fig. 5.

guère que les formes bénignes. Une stomatite aboutissant, comme chez le malade dont voici l'histoire, à la nécrose totale d'une partie importante du maxillaire et à des accidents pulmonaires mortels, est aujourd'hui quelque chose d'exceptionnel.

Il s'agissait d'un homme de 41 ans, ayant contracté la syphilis en 1919 et qui fut d'abord traité par l'arsénobenzol (3 séries de piqûres échelonnées d'août 1919 à janvier 1920). Au mois de mars 1920, il

reçut 7 injections d'huile grise, qui provoquèrent quelques accidents de stomatite. Après une interruption de deux mois, on entreprend une nouvelle série d'injections d'huile grise, mais dès la cinquième piqûre, les accidents de stomatite réapparaissent avec une intensité extrême. C'est à ce moment que le malade, jusque-là soigné en ville, vient à l'hôpital Saint-Louis où il entre dans le service de M. Brocq, puis dans le mien.

Son état est lamentable. Le teint plombé, les traits tirés, il présente une tuméfaction qui occupe la partie inférieure des joues, les lèvres et surtout les régions sous-maxillaires et sous mentales (fig. 5). Entre les lèvres entr'ouvertes s'écoule une salive mêlée de sang et de pus, horriblement fétide. En palpant, on sent, au milieu de cet œdème, les glandes sous-maxillaires et des ganglions augmentés de volume et indurés. La face profonde des lèvres et de la joue, tout le long des arcades dentaires, est le siège d'ulcération recouvertes de débris noircâtres d'aspect gangréneux. Il y a un certain degré de trismus qui gêne l'examen de la bouche. On constate cependant que les gencives sont boursouflées, tuméfiées, avec des ulcérations multiples dans le fond desquelles on voit et on touche l'os nécrosé et noir. La plupart des dents sont tombées. La langue elle-même est très augmentée de volume, avec une ulcération sous sa pointe, et d'autres sur les bords. Toutes ces lésions, nettement gangréneuses, répandent une odeur infecte. Le malade souffre, n'a pas d'appétit, dort mal ; il n'y a pas de fièvre, pas d'albuminurie.

Dans les fesses, on trouve plusieurs nodules indurés, restes des injections pratiquées ; l'un d'eux est enlevé chirurgicalement : il renferme un liquide sanieux où l'examen clinique révèle la présence de mercure.

Malgré les lavages et l'antisepsie de la bouche, la stomatite continue son évolution. Au bout d'une vingtaine de jours, on constate que tout le bord alvéolaire droit, de la région médiane à la dernière molaire est nécrosé ; le séquestre, qui comprend toute l'épaisseur et toute la hauteur de ce bord, est mobile, et on le cueille très aisément avec une pince.

Dix jours plus tard, c'est la moitié gauche du bord alvéolaire qui se nécrose à son tour et que l'on détache, si bien qu'il y eût, chez cet homme, élimination de la totalité du rebord alvéolaire.

L'ablation des séquestrès amena quelque amélioration : la suppuration fut moins abondante et moins fétide, le gonflement de la langue et du plancher buccal diminua. Mais l'intoxication restait profonde et bientôt survinrent des complications broncho-pulmonaires qui emportèrent le malade (1).

(1) Les pièces provenant de ces deux malades ont été présentées à la Société anatomique, la première (nécrose syphilitique du crâne) par Robert Soupault et Boutelier, le 20 novembre 1920, l'autre (nécrose du rebord alvéolaire) par Gresset, le 29 janvier 1921.

Et voici, pour finir, la photographie (fig. 6) d'une effroyable mutilation de la face qui relevait bien probablement, elle aussi, de la syphilis, sans qu'il soit possible de l'affirmer avec certitude, la



Fig. 6.

malade n'ayant pu donner aucun renseignement sur son histoire. Le visage n'a plus forme humaine. Le nez, les lèvres, les paupières ont été rongés, détruits et l'on ne voit plus que trois trous béants : les deux supérieurs renfermant les globes oculaires ternis et presque aveugles, l'inférieur, énorme, correspondant aux fosses nasales et à la bouche et dans le fond duquel on aperçoit la langue. Toutes les lésions sont cicatrisées et il n'y a nulle part d'ulcération.

Cette malheureuse, âgée de plus de 60 ans, venait à l'hôpital pour la première fois et, jusqu'à ce jour, avait gagné sa vie, malgré son infirmité, en faisant son métier de blanchisseuse.

## A PROPOS DE LA PATHOGÉNIE DES CRISES DOULOUREUSES DU TABÈS

Par

B. DUJARDIN et Ch. DUPREZ  
de Bruxelles.

La plupart des symptômes cliniques du tabès sont des symptômes de radiculites. Nous savons aujourd'hui que ces radiculites résultent de l'extension aux ganglions rachidiens d'une méningite chronique syphilitique, aboutissant à la radiculite transverse de Nageotte, sorte de section physiologique des racines postérieures. Mais si cette pathogénie nous est rendue ainsi fort claire, elle n'explique pas cependant la périodicité de certains symptômes procédant par crises (crises gastriques, douleurs fulgurantes).

Nous voulons montrer dans cette étude que ces crises radiculaires ne dépendent pas seulement du processus inflammatoire spécifique, mais peuvent dépendre de facteurs distincts. Une tuberculose pulmonaire concomitante peut actionner ces mêmes crises.

Dans un premier cas, V. H..., nous avons observé que les poussées thermiques d'un tuberculeux atteint de tabès, réveillent chaque fois les douleurs fulgurantes, et que de même, des injections de tuberculine ( $1/20$  et  $1/10$  de mgr. de tuberculine brute) provoquent chez lui, en même temps qu'une poussée thermique, des crises de douleurs, sans modifier cependant les réactions méningées existantes.

Ponction lombaire le 21 avril 1923 :

Sang +++++ Leucocytose 4,8  
Bordet-Wassermann, liquide céphalo- }      +++ 10 parties  
rachidien.                                    }      + 5 —

Le lendemain, injection de 0,8 mgr. de tuberculine.

Ponction lombaire le 23 avril :

Sang +++++	Leucocytose 5,4	{	+++ 10 parties
Bordet-Wassermann, liquide céphalo-rachidien.			+ 5 —

Dans un second cas, E..., nous constatons qu'un tabès ancien, dont les réactions méningées et humorales spécifiques sont éteintes depuis 11 ans (vérifiées à deux reprises par la ponction lombaire), présente cependant des crises fréquentes et violentes (*tabes dolorosa*).

Ce tabétique est porteur de lésions tuberculeuses bilatérales et les injections de tuberculine (1/10 mgr.) exacerbent nettement ses douleurs, et font monter sa température à 38°.

Dans un nouvel exemple, où il s'agit d'un tabès ancien sans aggravation depuis plusieurs années, les crises douloureuses sont strictement en rapport avec les poussées thermiques dues à l'existence d'une tuberculose pulmonaire fruste, et sont d'ailleurs fidèlement réveillées par les injections de tuberculine. S..., 38 ans, syphilis datant de 20 ans, tabès caractérisé par l'abolition des réflexes achilléens et rotuliens, signe d'Argyll-Robertson. Ne présente plus comme seul phénomène que des douleurs fulgurantes pour lesquelles il a subi plusieurs cures arsenicales. A fait en 1918 une affection pulmonaire grave. Depuis 1920, la séro-réaction est régulièrement négative; la ponction lombaire pratiquée en juin 1921, donne un liquide normal, pas d'hyperalbuminose, pas de leucocytose, Bordet-Wassermann négatif. En 1922, un traitement au néosalvarsan dirigé contre les douleurs ne réussit qu'à les exacerber. Une radiographie montre une obscurcation d'un sommet; avec adénopathie trachéobronchique volumineuse. Une longue observation du malade révèle que les crises douloureuses ne se produisent que corrélativement avec de légères hyperthermies (37°5 à 38°). L'injection de 0,2 ou de 0,5 mgr. de tuberculine fait monter la température à 38°, pendant deux ou trois jours, pendant lesquels le malade souffre de violentes douleurs.

Ces divers exemples montrent donc clairement que si les radiculites sont le résultat de la réaction méningée chronique du tabès, les racines ainsi altérées restent encore sensibles en dehors de toute réaction méningée, à des poisons banaux, et plus spécialement à la toxine tuberculeuse, que celle-ci provienne d'un foyer dont le malade est porteur, ou qu'elle soit directement injectée.

L'existence de lésions tuberculeuses chez le malade n'est pas nécessaire, semble-t-il, à cette sensibilisation des racines à la tuberculine. Dans le cas suivant : V. R..., tabès fruste, sans lésions pulmonaires décelables, l'injection de 0,2 ou de 0,5 mgr. de tuberculine, provoque une crise de douleurs très violentes, sans réaction thermique.

Il résulte de ce que nous venons d'exposer, qu'il ne faut pas considérer à priori, comme preuve d'activité de la syphilis, l'existence de crises radiculaires. Celles-ci peuvent exister alors que (depuis 11 ans, dans un de nos cas) tout signe humorale a disparu, et qu'il ne s'est plus manifesté de symptômes d'aggravation clinique. Dans ces cas, une tuberculose pulmonaire chronique peut suffire à actionner les crises successives. Il est vraisemblable que toute autre toxi-infection ou intoxication chronique doit aboutir au même résultat.

Cette notion est importante à établir, puisque dans un cas semblable le traitement spécifique sera non seulement inutile mais nuisible, et qu'un traitement (diététique, hygiénique, médicamenteux) dirigé contre la tuberculose pulmonaire, souvent fruste et insoupçonnée, pourra donner des résultats remarquables.

## LA SYPHILIS SUR LA TABLE D'AUTOPSIE

Par le Dr H. MIERZECKI

Assistant de la Clinique dermatologique et syphiliographique de l'Université de Lwow  
(Prof. W. Lukasiewicz).

Travail de l'Institut d'Anatomie pathologique de l'Université de Lwow (Prof. W. Nowicki).

La pathologie et la thérapeutique de la syphilis ont vécu, dans ces vingt dernières années, une époque triomphale. En 1905, Schaudinn a découvert le tréponème pâle ; en 1906, Wassermann faisait connaître sa réaction sérobiologique ; en 1910, Ehrlich a donné le salvarsan ; en 1913, Noguchi a découvert le tréponème pâle dans le cerveau d'un malade atteint de paralysie générale progressive.

Il semblait que la pathologie et la thérapeutique de la syphilis avaient atteint leur plus grand développement. Mais, dans ces derniers temps, une réaction s'est produite. L'espoir de la guérison certaine de la syphilis *sterilisatio magna*, par un seul traitement, a été abandonné (Meirowsky et Leven) ; la spécificité et la sûreté de la réaction de Bordet-Wassermann ont été mises en doute. La nécessité d'une révision de nos connaissances sur la pathologie et la thérapeutique de la syphilis s'impose. Cette révision est générale : de nouvelles réactions s'efforcent de compléter la réaction de Bordet-Wassermann (Meinicke, Sachs, Georgi) les recherches de Meirowsky, Antoni, Saphier démontrent des formes nouvelles du tréponème pâle de Schaudinn ; Kolle fortifie l'efficacité du salvarsan en le combinant à l'argent ; Fröhlich, Kyrle, Planner introduisent dans la thérapeutique de nouvelles préparations d'iode ; Sazerac et Levaditi, Fournier et Guénot font connaître le traitement de la syphilis par les sels de bismuth.

Enfin la nécessité du retour aux examens anatomo-pathologiques (Citron) des pièces prélevées à l'autopsie des syphilitiques s'impose.

Le but de mon travail est de réunir les constatations faites sur le riche matériel de notre Institut d'anatomie pathologique au

point de vue : 1<sup>o</sup> des altérations spécifiques ou non existant chez les syphilitiques ; 2<sup>o</sup> de l'influence de la thérapeutique sur la durée, la fréquence et le degré de l'infection chez les sujets morts de syphilis en activité ou latente.

Dans bien des cas, mes conclusions n'ont pu être exactes à cause du manque de renseignements précis sur l'évolution clinique des cas examinés anatomiquement. C'est ainsi que j'ai été amené, faute de renseignements suffisants, à éliminer de mes 21.645 autopsies un nombre considérable de faits non précis et à ne conserver que les résultats de 155 autopsies, c'est-à-dire, 0,71 o/o, qui, elles, offraient la certitude de diagnostics cliniques confirmés par des examens sérologiques ou microscopiques (constatation du tréponème pâle).

C'est pourquoi ma statistique ne démontre pas le pourcentage des morts par syphilis dans les hôpitaux et les cliniques de Lwow ; elle ne démontre que la fréquence des lésions spécifiques ou non constatées chez 155 individus certainement morts syphilitiques.

## I

Jusque 10 ans	11-20 ans	21-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	61-70 ans	71-80 ans	81-82
h	f	h	f	h	f	h	f	h
2	2	1	6	12	13	15	19	29
2	2	1	6	12	13	15	19	29
2	0	5	0	7	4	2	0	1

Tableau I. — Répartition d'après l'âge et le sexe de 155 autopsies avec constatation de lésions d'origine syphilitique.

Sur les 155 cas que nous examinons, 83 concernent des hommes, 72 concernent des femmes.

Comme le montre le tableau ci-joint, la mortalité par syphilis, dans notre statistique présente son maximum entre 40 et 50 ans.

Ces observations sont d'accord avec la statistique de Neumann, de l'Institut Virchow à Berlin, qui constate qu'un tiers des syphilitiques meurt entre la quarantième et la cinquantième année, et une moitié entre 40 et 60 ans.

Dans notre statistique personnelle, la différence entre le sexe masculin et féminin est frappante : tandis que la mortalité masculine augmente entre la vingt et unième et la trentième année de la vie, atteint son maximum entre la quarante et unième et la cinquantième année et ne diminue qu'entre la soixante et unième et la soixante-dixième année, la mortalité dans la syphilis du sexe féminin commence beaucoup plus tôt, entre 10 et 20 ans, atteint son maximum déjà entre la trente et unième et la quarantième année pour diminuer plus tôt que chez l'homme, à partir de 51 ans. La mortalité des syphilitiques qui ont fait l'objet de notre travail a été très supérieure à la mortalité moyenne de Lwow ; en effet, sur 4.186 morts, 1.293 (environ 1/3) sont morts entre 0 et 10 ans et 995 (environ 1/4) après 60 ans.

Tandis que dans notre statistique nous relevons 84 morts entre la dixième et la soixantième année, c'est-à-dire, plus de la moitié du chiffre total, on relevait à Lwow 866 morts, c'est-à-dire, 1/5 du chiffre total. La mortalité basse des syphilitiques jusqu'à l'âge de 10 ans s'explique, en général, par la rareté de la syphilis acquise chez les enfants de cet âge. Par contre, il est plus intéressant de noter que la mortalité, à partir de l'âge de 60 ans, a été d'un quinzième dans notre statistique, tandis qu'elle était d'un quart dans la population de Lwow. L'explication qui s'impose c'est que les syphilitiques meurent plus tôt : tandis que la plus grande mortalité de la population de Lwow est notée après 60 ans, d'après notre statistique la plus grande mortalité des syphilitiques a été observée entre 40 et 50 ans.

Etant donné le choix spécial de nos cas et aussi le fait que beaucoup d'examens ont été pratiqués avant la découverte de la réaction de Bordet-Wassermann, nous avons eu à faire à un nombre relativement restreint de syphilis latentes. En effet, notre travail porte sur 100 cas de syphilis manifeste, 34 cas de syphilis nerveuse et 21 cas seulement de syphilis latente.

La grande majorité des individus morts avec des signes évidents de syphilis présentaient des lésions tertiaires, quelques-uns seulement des signes de syphilis secondaire. Nous n'avons vu aucun cas de mort à la période primaire.

La mortalité par syphilis secondaire a paru être la plus élevée entre 21 et 30 ans et atteint plus particulièrement le sexe féminin (8 femmes pour 2 hommes). La cause en est probablement dans les complications qu'entraîne l'infection des organes génitaux. Parmi ces cas nous n'avons constaté aucun cas de syphilis maligne précoce, cependant, dans 4 cas il s'agissait de syphilis grave qui, directement ou non, a été cause de la mort. Il s'agissait d'un mal de Bright avec rupia syphilitique chez une femme de 50 ans, de néphrite et hépatite en pleine syphilis secondaire chez une femme de 25 ans, de chancre et plaques muqueuses chez un vieillard de 70 ans en état de misère physiologique. Indirectement, la syphilis secondaire, a pu causer la mort par intoxication médicamenteuse ; tel le cas d'une femme de 30 ans, morte avec le diagnostic clinique de syphilis secondaire et d'intoxication mercurielle et le diagnostic anatomo-pathologique de gastro-entérite atrophique et bronchopneumonie.

La mortalité la plus élevée a été observée entre 21 et 30 ans pour la syphilis secondaire, entre 31 et 40 ans pour la syphilis latente, entre 41 et 50 ans pour la syphilis tertiaire. *La mortalité de la syphilis en activité ou latente (mis à part les cas de paralysie générale et de tabès) est la plus élevée entre la trente et unième et la quarantième année.*

D'après notre statistique la syphilis viscérale cause la mort beaucoup plus tôt (environ 10 ans) que la paralysie générale et le tabès. Ceci concorde à certains points de vue avec les opinions de Fournier, Lesser, Blaschko, Levaditi et Marie qui soutiennent que la syphilis nerveuse, due au virus neurotrope, a en général une évolution légère et qu'elle endommage peu les viscères en dehors du système nerveux. Étant donné que la majorité des contaminations se fait entre 20 et 30 ans, que les signes de paralysie générale ou de tabès, n'apparaissent, en général, que 10 ans plus tard, c'est-à-dire vers 40 ans, il est aisément de comprendre pourquoi la mortalité la plus élevée pour ces affections est notée entre 41 et 50 ans, c'est-à-dire beaucoup plus tard que la plus grande mortalité par syphilis viscérale.

Notre statistique confirme le fait déjà établi que les femmes sont plus rarement atteintes de tabès et de paralysie générale que les hommes. Par contre, la syphilis viscérale paraît plus fréquente chez elles et on trouve respectivement 2 hommes et 8 femmes à la période secondaire, 8 hommes et 13 femmes à la période

latente, 45 hommes et 45 femmes à la période tertiaire, ce qui fait 55 hommes présentant des syphilis viscérales pour 66 femmes.

La détermination de la cause réelle de la mort a dans certains cas, été très difficile. Il s'agissait de juger si la syphilis par elle-même avait causé la mort ou si elle ne jouait qu'un rôle secondaire.

Chez les hommes, la syphilis a été cause déterminante de la mort dans 65 cas contre 17 où elle n'a été que secondaire, ce qui nous donne le rapport de 4 à 1.

Ce même rapport est chez les femmes de 1,6 à 1, ce qui revient à dire que les femmes syphilitiques meurent plus fréquemment que les hommes d'affections intercurrentes. Cette différence s'explique probablement par la plus grande fréquence chez l'homme de localisations nerveuses (44 % des cas contre 6 % chez les femmes).

## II

La constatation d'accidents syphilitiques sur la table d'autopsie est en général très rare. Les causes en sont variables. Les manifestations des organes internes disparaissent probablement, sous l'influence des médicaments spécifiques, comme les accidents syphilitiques de la peau et des muqueuses. L'aspect microscopique des accidents syphilitiques peut ne pas être évident et c'est pourquoi des erreurs de diagnostic sont fréquentes. C'est ainsi, comme l'a montré Herxheimer, pour les gommes du poumon : on ne les trouve que rarement parce qu'elles tombent rapidement en dissolution et perdent leurs signes caractéristiques et qu'elles sont alors difficiles à différencier des gommes d'un foyer tuberculeux casifié.

Notre travail se basant principalement sur des recherches macroscopiques, je n'ai constaté sur la table d'autopsie que relativement peu d'accidents typiques, sûrement syphilitiques : je n'en retiens seulement que 166 dont l'ensemble figure dans le Tableau II.

La constatation des manifestations syphilitiques de la peau, des muqueuses et du squelette est rare sur la table d'autopsie : c'est que les malades font traiter avec la plus grande attention les manifestations visibles de la maladie et tâchent avant tout de

les guérir. Les cicatrices, malgré leur aspect caractéristique, sont difficiles à différencier sur la table d'autopsie.

Les accidents syphilitiques que l'on constate le plus souvent

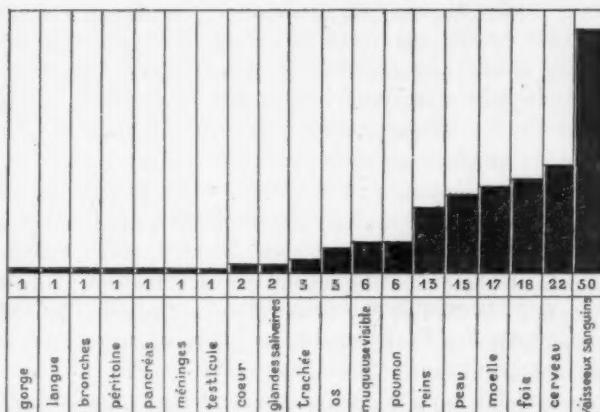


Tableau II. — Statistique des organes atteints dans 166 cas de syphilis mortelle.

se réduisent à deux formes : 1<sup>o</sup> les gommes ; 2<sup>o</sup> les inflammations interstitielles.

Les manifestations syphilitiques sur l'appareil circulatoire sont très fréquentes. Je les ai observées 43 fois, c'est-à-dire dans 27,7 % de cas.

Les gommes du cœur sont rares dans les protocoles d'autopsie. Je n'ai observé qu'un seul cas de gomme du ventricule droit du cœur, chez un homme de 40 ans, mort avec des symptômes de tabès et de gommes du poumon.

Dans toute la littérature médicale par exemple, jusqu'en 1904, on n'a décrit que 56 gommes du cœur.

Renvers, sur 2.000 manifestations du cœur, ne constata que 26 manifestations syphilitiques et seulement 3 cas de gommes.

Quensel en étudiant les inflammations du muscle cardiaque constate qu'elles s'observent ordinairement après la quarantième année de la vie.

J'ai moi-même observé un cas de myocardite syphilitique chez un homme de 40 ans, mort avec des manifestations de tabès.

Mais, le plus souvent, les manifestations syphilitiques de l'appareil circulatoire intéressent l'aorte. Fränkel, par exemple,

constate dans 102 cas, 53 inflammations syphilitiques de l'aorte.

Stadler constate, à l'Institut anatomo-pathologique de Leipzig, entre 1906-1911, 211 cas d'inflammation syphilitique de l'aorte se répartissant ainsi :

Entre 20-30 ans . . . . .	8 cas
— 31-40 — . . . . .	45 —
— 41-50 — . . . . .	82 —
— 51-60 — . . . . .	41 —
— 61-70 — . . . . .	19 —
Après 70 — . . . . .	3 —
Age moyen. . . . .	47 1/2

Donat, comme âge moyen, donne la 49<sup>e</sup> année et Gram la 47<sup>e</sup> année.

Fukushi constate (statistiques des cas de l'Institut d'anatomie pathologique de Berlin) que dans 38,8 % des cas, l'inflammation syphilitique de l'aorte était la seule manifestation de syphilis sur la table d'autopsie.

D'après Pulay, 70 % des cas de syphilis des organes internes intéressent l'aorte. Korczynski constate, en 1914-1916, à l'hôpital de Sarajewo, 174 cas de syphilis des organes internes, dont 74 cas d'inflammation syphilitique de l'aorte. L'inflammation syphilitique de l'aorte, d'après Pulay, est plus fréquente chez les hommes (48 hommes, 39 femmes) et l'âge moyen oscille entre la 32<sup>e</sup> et la 50<sup>e</sup> année de la vie.

Les données de Pulay, quant à l'âge, sont aussi affirmées par Levinson.

Dans notre statistique, le nombre des inflammations syphilitiques de l'aorte n'est pas relativement grand puisqu'il ne représente que 25,8 % des cas. Deux causes en sont responsables :

1<sup>o</sup> Ce n'est que vers 1911, qu'on a commencé à s'occuper de l'inflammation syphilitique de l'aorte et la statistique mentionnée correspond aux années 1896-1921.

2<sup>o</sup> On n'a pas appliqué dans tous les cas d'inflammation syphilitique d'aorte l'examen microscopique et, de ce fait, toute une série de cas, n'est pas prise en considération. Notre statistique montre que l'inflammation syphilitique de l'aorte s'observe chez des individus entre 21 et 82 ans, avec maximum entre la 41<sup>e</sup> et la 50<sup>e</sup> année et avec plus grande fréquence chez les femmes (contrairement à l'opinion de Pulay).

D'après Citron on observe cette manifestation de 15 à 26 ans

après l'accident initial, d'après Korczynski, 25 ans après, et c'est pour cela, que nous n'avons observé la syphilis aortique que chez trois individus âgés de plus de 71 ans (sur un nombre total de 40 cas). Dans ces trois cas, elle fut la cause de la mort.

Dans les vaisseaux sanguins, j'ai constaté deux gommes. L'une dans l'aorte d'une femme de 21 ans, morte avec le diagnostic autopsique « embolie de l'artère sylvienne et gomme de l'aorte » et une gomme de la veine porte chez une jeune fille de 20 ans et morte avec le diagnostic autopsique « néphrite parenchymateuse et gomme hépatique et de la veine cave ».

Les manifestations syphilitiques de l'appareil respiratoire sont très rares. Elles se rencontrent, comme dans les autres syphilis viscérales, sous forme de gommes et d'inflammations interstitielles.

Les manifestations syphilitiques apparaissent déjà dans la syphilis au début sous forme de catarrhe, décrit par Loven, sous le nom d'érythème syphilitique laryngé et sous forme de plaques muqueuses.

Les manifestations syphilitiques tertiaires sont rares dans la trachée, Mackenzie n'a constaté que 8 fois la syphilis de la trachée, sur 1.145 cas de syphilis de la gorge.

J'ai pu observer 3 cas de gommes de la trachée. Chez une femme de 30 ans, morte de tuberculose et dégénérescence amyloïde des organes ; chez une femme de 28 ans, morte avec le diagnostic clinique « néoplasme mediastinal, de la trachée et des bronches » ; chez une femme de 40 ans, morte avec diagnostic clinique de syphilis pharyngée.

Les manifestations syphilitiques isolées des bronches sont rares. D'après Vierling, il n'en existerait que cinq cas dans la littérature médicale. Les gommes de la trachée et des bronches sont presque aussi rares ; Herxheimer a pu en réunir 128 cas et nous en mentionnons un ayant causé la mort.

Le diagnostic anatomo-pathologique des lésions syphilitiques du poumon présente de grosses difficultés aussi bien lorsqu'il s'agit de scléroses interstitielles, que lorsqu'il y a des infiltrations inflammatoires ou des gommes. Toutes ces lésions sont souvent difficiles à distinguer de celles de la tuberculose, aussi ne peut-on pas s'étonner que Flockmann ait constaté l'absence de certaines manifestations anatomiques de la syphilis au niveau du poumon et que Mlle Schuster, de l'Institut anatomo-pathologique

de Lwow, attache la plus grande importance au diagnostic clinique en matière de syphilis pulmonaire. Dans la littérature d'avant 1894, Levin et Heller ont constaté seulement 30 % de syphilis pulmonaire sur 6.583 de syphilis. Dans la littérature récente (1921) Wile a pu réunir 50 cas de syphilis pulmonaire en 20 ans.

Nous avons, sur l'ensemble de nos cas, observé 6 fois la syphilis pulmonaire et surtout sous forme gommeuse. Trois de ces cas ont pu être examinés histologiquement par Mlle Schuster. Le premier concernait une femme de 47 ans morte avec le diagnostic clinique de néphrite parenchymateuse chronique chez une syphilitique et le diagnostic anatomique de syphilis gommeuse de la partie centrale du lobe inférieur droit. Le diagnostic anatomo-pathologique de syphilis du poumon s'appuyait sur la localisation au lobe inférieur, sur l'aspect macroscopique, sur la structure fibreuse avec nécrose des vaisseaux, sur l'infiltration périvasculaire, l'absence de bacilles, etc.

Le second cas concernait une femme de 62 ans morte avec le diagnostic clinique de syphilis pulmonaire et le diagnostic anatomique de pneumonie interstitielle probablement syphilitique du poumon droit.

Le troisième cas était celui d'un sujet mort emphysémateur chez qui on constatait des gommes probables du poumon. Nous avons encore constaté des gommes du poumon chez un tabétique mort à 46 ans, chez un sujet de 25 ans qui, en outre, présentait des gommes des reins et chez un enfant d'un an dont la syphilis était probablement acquise.

Les localisations de la syphilis sur le tube digestif sont généralement connues, cependant on trouve peu d'études précises sur ce sujet, exception faite pour le foie. On n'a pas constaté de lésions anatomo-pathologiques correspondant à la gastrite syphilitique ni au catarrhe gastrique syphilitique décrit par Virchow. Les gommes de l'estomac sont très rares ; il est probable que le milieu acide de l'estomac favorise peu les localisations tréponémiques ; même dans les cas rares de gommes de l'estomac on n'a jamais trouvé de tréponèmes. Les gommes de l'estomac sont décrites par Herxheimer comme des tumeurs palpables ayant tendance à s'ulcérer ; Fränkel a constaté dans un de ces cas 13 ulcérations. Nous n'avons personnellement observé aucun cas de syphilis de l'estomac, ni de l'intestin.

Nous n'avons pas pu confirmer l'opinion de Gaucher sur la fréquence de l'appendicite chez les syphilitiques. Nous avons, au contraire, constaté des lésions plus importantes dans le foie, organe connu de longue date comme localisant fréquemment l'infection tréponémique.

Pendant tout le XVI<sup>e</sup> et le XVII<sup>e</sup> siècle on pensait que la syphilis avait son centre dans le foie. La syphilis tertiaire du foie se présente soit sous forme de sclérose interstitielle, soit sous forme de gommes. On ne connaît pas encore bien les relations entre l'atrophie jaune aiguë du foie et les lésions syphilitiques.

Par contre, on a constaté des gommes du foie au cours de la période secondaire de la syphilis. C'est ainsi que Key décrit des gommes du foie 7 mois après la contamination et Drube, une hépatite interstitielle syphilitique 3 mois après le début de l'infection. Personnellement, nous avons constaté la présence de gommes du foie chez une femme de 50 ans présentant une syphilis au début sous forme de rupia syphilitique et chez une femme de 25 ans morte en pleine syphilis secondaire. Les lésions syphilitiques du foie sont fréquemment constatées au cours des autopsies. C'est ainsi que Flexner (de Philadelphie) les a trouvées 88 fois sur 5.088 autopsies. Nous-mêmes, dans nos autopsies, nous les avons constatées 18 fois, c'est-à-dire dans 11,6 o/o des cas.

Les cliniciens constatent la syphilis du foie beaucoup plus rarement ; Schrumpf, sur 4.180 malades de la polyclinique médicale de Berlin, n'a constaté la syphilis viscérale que dans 9,67 o/o des cas et la syphilis du foie dans 8 o/o seulement. Korczynski, sur 147 cas de syphilis, n'a relevé que 4 cas de syphilis hépatique, c'est-à-dire 2,7 o/o.

On est frappé, dans la statistique des lésions syphilitiques du foie, par le plus grand nombre de femmes. Ceci s'explique, peut-être, par la pression du corset et des ceintures donnant lieu, au niveau du foie, à un *locus minoris resistentiae*.

Les accidents syphilitiques du pancréas sont peu décrits et peu caractéristiques (Herxheimer). Le diabète sucré syphilitique est souvent mentionné mais on n'en connaît pas les lésions anatomopathologiques. Nous réservons le nom de diabète sucré syphilitique aux cas dans lesquels le régime antidiabétique reste sans résultats et dans lesquels le traitement antisyphilitique amène la disparition ou la diminution manifeste du sucre urinaire ; le dia-

bête sucré n'est pas rare chez les syphilitiques, Gallus a trouvé 12 o/o de syphilitiques parmi les diabétiques.

Les lésions syphilitiques du pancréas sont très rares et jusqu'à 1899, on ne trouve dans la littérature que deux cas de gommes du pancréas (Thorel et Arnozan). Il faut donc considérer comme cas rare celui que nous avons observé de gomme du pancréas chez une femme de 34 ans morte présentant des symptômes d'hépatite et de pancréatite syphilitique.

Les accidents syphilitiques des glandes salivaires sont aussi parmi les rariétés. On a signalé le plus souvent des accidents des parotides ; ceux des glandes sous-maxillaires ont été décrits par Orth et Fournier et ce sont les seules observations que nous ayons pu trouver. Personnellement, sur l'ensemble de nos sujets, nous avons rencontré un cas de gomme de la glande sous-maxillaire chez un homme de 39 ans chez qui on avait fait le diagnostic de lymphosacome. Un autre cas analogue fut observé par nous chez un enfant d'un an, mais ce cas manquait de précision.

Les lésions anatomiques franchement syphilitiques des reins sont rares d'après Herxheimer ; cependant la syphilis touche le rein rapidement ; Capelle a démontré en 1919 la présence de tréponèmes pâles dans les urines 6 mois après l'infection.

Nous continuons cependant à attribuer les accidents rénaux des syphilitiques au mercure et au salvarsan. En effet, les lésions anatomo-pathologiques spécifiques du rein sont rares ; plus souvent on trouve de la dégénérescence amyloïde. Les lésions nettement syphilitiques sont les gommes ou la sclérose interstitielle. Notre statistique comprend deux cas de gommes du rein : l'un chez une femme de 30 ans chez qui l'autopsie révélait : dégénérescence et infiltration du myocarde, anémie et dégénérescence rénale, gomme du rein ; l'autre cas était observé chez un homme de 25 ans qui présentait des gommes du poumon, des reins et des vertèbres. Une néphrite syphilitique fut constatée une fois chez un homme de 26 ans. Dans 10 cas nous constatations la dégénérescence amyloïde. La statistique montre que les accidents rénaux sont plus fréquents chez les hommes syphilitiques que chez les femmes, la proportion est de 8 pour 5 ; cette prédisposition de l'homme aux accidents rénaux peut être attribuée à

l'alcool qui crée au niveau du rein un *locus minoris resistentiae*.

Nous n'avons pas constaté sur nos sujets d'accidents syphilitiques de la vessie qui, d'après la littérature, s'observeraient surtout au début de la syphilis. Par contre, nous avons observé un cas de gomme du testicule chez un homme de 42 ans mort tabétique. Les gommes des testicules ne sont pas rares mais souvent elles sont confondues avec des gommes tuberculeuses.

..

D'après Colombini l'hypertrophie de la rate s'observe dans 100% des cas de syphilis au début. Cette hypertrophie, facile à reconnaître cliniquement, ne s'accompagne d'aucune lésion anatomique caractéristique. Celles-ci peuvent exister dans la rate sous forme de gommes ou d'infiltration interstitielle. Schaudinn et Hoffmann ont constaté par ponction la présence de tréponèmes pâles dans la rate des héréro-syphilitiques. Nous n'avons observé aucun cas de syphilis splénique parmi les sujets que nous avons autopsiés.

..

La syphilis au début comme la syphilis ancienne, s'accompagne souvent de lésions nerveuses. Dans la syphilis tertiaire nous observons : des méningites fibreuses, des encéphalites, des méningites spinales, des myélites, le tabès, la paralysie générale.

Pour Herxheimer, les accidents syphilitiques des centres nerveux seraient presque toujours du type secondaire et localisés aux méninges ; les gommes seraient exceptionnelles même dans les asiles d'aliénés. Beadler a constaté à peine 5 gommes du cerveau sur 4.000 autopsies pratiquées dans un asile et Neumann n'a observé, pendant 20 ans que 25 cas de lésions syphilitiques du cerveau.

Sur nos sujets, nous avons constaté deux fois des lésions cérébrales sans participation des méninges et une fois des lésions méningées. Les gommes du cerveau furent constatées chez un homme de 51 ans, mort tabétique au cours d'une pneumonie et chez une femme de 51 ans. Les gommes méningées furent constatées chez un homme de 36 ans mort avec le diagnostic de méningo-encéphalite et de gomme méningée.

Le tabès et la paralysie générale constituent la grande majo-

rité des accidents nerveux syphilitiques. Les statistiques à ce sujet sont relatives ; la fréquence de la paralysie générale et du tabès n'est pas nettement établie, elle oscille entre 4 et 12 o/o et dépend de nombreux facteurs parmi lesquels le plus important nous paraît être la résistance individuelle.

Dans notre statistique nous trouvons 21,8 o/o de paralysie générale et de tabès et respectivement 12,4 o/o de tabès et 9,4 o/o de paralysie générale.

Les deux maladies frappent les hommes plus souvent que les femmes, nous trouvons pour le tabès 11,4 o/o d'hommes pour 1 o/o de femmes et pour la paralysie générale 7,8 o/o d'hommes pour 1,6 o/o de femmes.

La plus grande fréquence du tabès a été constaté chez l'homme entre 41 et 50 ans et chez la femme dix ans plus tôt c'est-à-dire entre 31 et 40 ans.

Comme nous l'avons déjà signalé précédemment, la mortalité par syphilis nerveuse est plus tardive que la mortalité par syphilis viscérale.

### III

Toutes les statistiques anatomo-pathologiques sont d'accord pour montrer que les accidents nettement syphilitiques sont rarement constatés au cours des autopsies. Il est probable que les lésions de la syphilis viscérale disparaissent sous l'influence des traitements pratiqués pour les accidents cutanés et qu'il ne reste dans les organes que des cicatrices qui ne sont pas caractéristiques.

D'autre part, la plupart des statistiques ont été publiées avant la découverte de la réaction de Bordet-Wassermann ; l'anatomopathologiste n'était donc souvent pas renseigné sur l'existence de la syphilis chez le sujet autopsié. L'aspect des lésions, même celui des gommes, n'étant pas pathognomique, on conçoit que bien des erreurs doivent entacher les statistiques publiées. Il ne faut pas oublier que même au microscope, la lésion anatomique la plus caractéristique de la syphilis viscérale, la gomme n'a pas toujours une structure caractéristique de la syphilis et qu'on n'y trouve pas de tréponèmes pâles.

15 ans après la découverte du tréponème, en 1921, Stockerius décrit 4 cas de syphilis qui, à l'autopsie présentaient des lésions pulmonaires et rénales absolument analogues aux lésions tuber-

culeuses. C'est probablement la raison pour laquelle la constatation de gommes syphilitiques est si rare au cours des autopsies. Sur 500 autopsies de sujets syphilitiques pratiquées à l'Institut Virchow de Berlin, Neumann n'a vu que 30 gommes, tandis que sur nos 155 autopsies nous en avons constaté 50. Si notre statistique comprend un nombre plus élevé de gommes c'est que nous avons fait un choix très sévère des sujets autopsiés et que nous n'avons tenu compte que de ceux dont la syphilis était absolument certaine.

D'après Alfred Scott Warthin, les lésions de la syphilis viscérale sont souvent des inflammations passagères, ne laissant pas de traces comme les lésions secondaires de la peau et des muqueuses. Ces phlegmasies de la syphilis du début sont constatées par les cliniciens mais échappent complètement à l'anatomopathologiste. Dans bien des cas on peut dire de la syphilis viscérale ce que Fournier a dit des ulcerations extragénitales, c'est qu'il est facile de les discerner mais difficile d'y penser. Minkowski a fait justement remarquer que, parmi les cas étiquetés syphilis hépatique, il y a des lésions nettement spécifiques mais aussi des hépatites toxiques, toxi-infectieuses, etc. Il doit en être de même pour tous les organes : à côté ou en même temps que les lésions syphilitiques, il peut exister des lésions toxiques ou infectieuses plus ou moins en rapport avec la syphilis.

L'appareil circulatoire peut être touché par la syphilis à toutes ses périodes. Depuis longtemps déjà les cliniciens ont observé des troubles cardiaques au cours de la syphilis secondaire. D'après Grossmann les deux tiers de 288 syphilitiques secondaires auraient présenté des troubles cardiaques ; d'après Braun, sur 100 jeunes filles traitées à la clinique Finger pour syphilis secondaire et ne présentant aucune intoxication telle que saturnisme, alcoolisme, tabagisme, les deux tiers présentaient des troubles fonctionnels du cœur. Au point de vue anatomo-pathologique on ne sait rien de ces lésions précoces du cœur car les travaux (Citron) publiés ne donnent pas suffisamment de précisions sur l'ancienneté de la syphilis.

Dans nos autopsies nous avons trouvé des lésions cardiaques chez des sujets atteints de syphilis secondaire et tertiaire. Sur 10 cas de syphilis secondaire, nous avons constaté trois fois des lésions cardiaques. Il s'agissait d'une femme de 30 ans, morte avec les symptômes de pneumonie et de gastro-entérite mercu-

rielle et présentant de la dilatation du ventricule droit ; d'une femme de 50 ans, présentant du rupia et de l'atrophie du cœur ; d'un homme de 27 ans, mort de syphilis secondaire avec néphrite et présentant une dégénérescence du muscle cardiaque. Nous admettons donc que 30 % des syphilitiques secondaires ont présenté des lésions non syphilitiques du cœur. Les lésions cardiaques sont beaucoup plus fréquentes dans la syphilis tertiaire. A l'Institut Virchow de 1910 à 1916 on a constaté 350 cas de lésions cardiaques sur 500 autopsies. Nous-mêmes avons trouvé ces lésions dans 50 % de nos autopsies. D'après notre statistique, la mortalité la plus élevée des syphilitiques par accidents cardiaques s'observe entre 41 et 50 ans. Nous n'avons constaté que trois fois des lésions syphilitiques du cœur, par contre 79 fois nous avons constaté des lésions cardiaques non syphilitiques telles que : hypertrophie du cœur (29 cas), dilatation du cœur (20 cas), hypertrophie du ventricule gauche (14 cas), hypertrophie du ventricule droit (4 cas). L'opinion de Citron est donc vraisemblable : les lésions cardiaques des syphilitiques seraient, dans la grande majorité des cas, secondaires aux lésions des vaisseaux et en particulier à l'artérosclérose. En effet, les lésions anatomo-pathologiques de la syphilis cardiaque sont si rares qu'elles ne sont pas bien connues (Adler) et, au contraire, dans nos autopsies, nous avons trouvé des lésions des vaisseaux dans 74 % des cas. Biesiadecki et Finger considère la syphilis à toutes ses périodes comme une maladie des vaisseaux. Dans de nombreux cas l'anatomo-pathologiste ne peut, par le seul aspect des lésions vasculaires, reconnaître leur nature syphilitique ; les lésions artérielles de la syphilis sont difficiles à reconnaître de l'artérosclérose. Il en est de même pour le diagnostic clinique : les cliniciens reconnaissent les aortites en moyenne 6 à 25 ans après l'infection, tandis que les examens minutieux pratiqués par Nobel ont montré que l'aorte est altérée dans 8 % des cas au cours des trois premières années de l'infection. D'après nos autopsies nous avons constaté que les lésions non syphilitiques des vaisseaux apparaissent chez les syphilitiques aussi bien dans le jeune âge (8 cas entre 21 et 30 ans) que dans la vieillesse (3 cas après 70 ans). En additionnant tous nos cas présentant des lésions des vaisseaux c'est-à-dire 65 cas de lésions non syphilitiques, nous avons trouvé que sur 155 sujets syphilitiques autopsiés 115 étaient porteurs de lésions des vaisseaux, c'est-à-dire 74 %.

Ce fort pourcentage de lésions des vaisseaux est donc très caractéristique de la syphilis et on ne peut nier le rapport qui doit exister entre la syphilis ou son traitement et les altérations vasculaires. Certains travaux cliniques et anatomo-pathologiques s'efforcent de réduire toute la pathologie de la syphilis à des lésions vasculaires. Notre statistique semble continuer cette opinion.

\* \* \*

En matière de syphilis pulmonaire, les erreurs de diagnostic clinique sont très fréquentes (Herxheimer, Citron). Nous avons constaté des accidents pulmonaires à la période secondaire et à la période tertiaire ; dans 68 o/o de nos cas il s'agissait d'affections pulmonaires non syphilitiques. La plus forte mortalité par affections pulmonaires chez nos sujets syphilitiques a été observé entre 41 et 50 ans sans différence appréciable entre les deux sexes. Or, dans la population de Lwow, la mortalité la plus élevée par maladies pulmonaires s'observe après 60 ans et les statistiques accusent 23 o/o de morts par maladies pulmonaires en rapport avec la tuberculose. Le grand pourcentage d'affections pulmonaires, pour la plupart aiguës chez nos sujets, ne semble pas être dû au hasard ; il est plus que probable que les sujets syphilitiques offrent une résistance moins grande aux infections, soit du fait de la syphilis elle-même, soit à cause des traitements antisyphilitiques. Il faut cependant tenir compte du fait que tous nos sujets provenaient des classes pauvres et que leur faible résistance aux maladies intercurrentes pouvait en partie être due à leurs mauvaises conditions d'hygiène. Mais cependant les relations entre la syphilis et la tuberculose ont depuis longtemps attiré l'attention des cliniciens (Fournier). Il ne paraît aujourd'hui pas douteux que la syphilis diminue la résistance à la tuberculose ; les syphilitiques deviennent facilement tuberculeux et la tuberculose déjà existante s'aggrave du fait de la syphilis (Schlesinger).

Cependant notre statistique ne confirme pas ces opinions : nous n'avons trouvé que 36 cas de tuberculose, c'est-à-dire 24 o/o. Pour les hommes, nous avons trouvé la plus forte mortalité entre 41 et 50 ans, pour les femmes 10 ans plus tard. Il est certain que si la syphilis favorisait et aggravait la tuberculose dans les proportions généralement admises, nous aurions dû

trouver plus de morts par tuberculose chez nos syphilitiques jeunes et plus de formes aiguës. Au contraire, nous avons surtout constaté des formes chroniques et chez des sujets âgés.

Sur 36 morts de moins de 30 ans, il y avait 7 (19 o/o) sujets tuberculeux et sur 109 morts de 31 à 60 ans il y en avait 29 (26 o/o). Or, les statistiques de la ville de Lwow indiquent que dans la population la mortalité par tuberculose est la plus élevée pour les hommes entre 30 et 40 ans et pour les femmes entre 20 et 30 ans. Nous en déduisons donc que la mortalité générale par tuberculose est plus précoce que la mortalité des syphilitiques par tuberculose (10 ans pour les hommes et 20 pour les femmes).

Les accidents du tube digestif dus à la syphilis sont aussi peu connus cliniquement qu'anatomiquement. Seule la syphilis du foie est connue depuis longtemps (XV<sup>e</sup> et XVI<sup>e</sup> siècles). L'ictère n'est généralement pas attribué à l'action directe du tréponème mais, suivant les auteurs, à diverses causes telles que : infection ascendante des voies biliaires, altération des cellules hépatiques, etc.

Nous avons, dans nos autopsies, constaté 40 o/o d'accidents syphilitiques et non syphilitiques du foie, leur proportion étant à peu près égale, ce qui ne s'observe pas dans les autres organes. Il est probable, qu'en matière de lésions du foie, on fait moins d'erreurs de diagnostic car elles sont mieux connues.

Des troubles gastriques ont été constatés par les cliniciens dès le début de la syphilis. Neugebauer a étudié 200 soldats atteints de syphilis secondaire ; chez 62 o/o d'entre eux il a constaté de l'hypoacidité gastrique et dans 18 cas l'absence de l'acide chlorhydrique. Mais, comme Herxheimer n'avait pas trouvé dans l'estomac de lésions anatomiques correspondant à ces « catarrhes secondaires aigus », on en a conclu que les cas d'anachlorhydrie devaient être attribués à des troubles nerveux : excitation du nerf vague (Neugebauer), etc. Citron aurait constaté des réactions de Bordet-Wassermann positives dans le liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques secondaires présentant des troubles gastriques.

Dans nos autopsies, nous avons constaté que 70 o/o des accidents gastriques de la période secondaire n'étaient pas de nature syphilitique. Au total, nous avons trouvé que 48 o/o des lésions gastriques des syphilitiques n'étaient pas spécifiques, Virchov

avait bien décrit l'aspect de la gastrite syphilitique chronique, mais on ne la rencontre que fort rarement.

La pathogénie des accidents gastriques de la syphilis n'est pas connue. Il est probable, qu'en dehors des influences nerveuses, les lésions vasculaires doivent les déterminer. Cependant, on constate fréquemment des accidents gastriques en dehors de toute lésion cardiaque ou vasculaire.

Ces accidents s'observent surtout à l'âge des aggravations générales de la syphilis, entre 41 et 50 ans.

Nous trouvons à peu près les mêmes rapports pour les lésions de l'intestin ; le catarrhe syphilitique décrit par Hayem et Fissier est difficile à distinguer des lésions intestinales banales (Herxheimer). Le pourcentage des accidents intestinaux est à peu près le même que celui des accidents gastriques ; leur fréquence paraît plus grande chez les hommes et s'observe aussi surtout entre 41 et 50 ans. Depuis longtemps on attribue ces accidents au traitement mercuriel. Nous pensons qu'un rôle pathogénique doit être attribué aux lésions hépatiques si fréquentes dans la syphilis : la sécrétion insuffisante de la bile a pour effet la digestion incomplète des graisses, d'où irritation constante des parois intestinales. Les lésions vasculaires doivent aussi jouer un rôle dans la pathogénie des accidents intestinaux.

L'hypertrophie de la rate s'observe dans la syphilis secondaire dans 60,6 % des cas pour Sonkeril, dans 61 % pour Haslund, dans 100 % pour Colombini. Anatomiquement, les lésions de cette hypertrophie ne sont pas bien connues malgré le travail de Haslund qui a autopsié 27 sujets en pleine syphilis secondaire et qui a donné une description de cette « hyperplasie splénique ». Colombini affirme que l'hypertrophie secondaire de la rate est très passagère et qu'elle disparaît totalement. Nous avons au contraire constaté l'hypertrophie de la rate chez 37 % de nos sujets et principalement à la période tertiaire. Chez les syphilitiques secondaires elle existait dans 70 % des cas (dont trois discutables à cause d'une septicémie concomitante. Au cours de la syphilis tertiaire, la splénomégalie est plus fréquente chez les femmes; nous pensons qu'elle doit être souvent sous la dépendance des lésions hépatiques plus fréquentes chez elles. Il est probable que c'est aussi à une des relations avec les lésions hépatiques, que la fréquence maxima des accidents spléniques chez les femmes s'observe entre 21 et 30 ans tandis que chez les hom-

mes entre 41 et 50 ans comme nous l'avions établi pour les hépatites.

Les accidents syphilitiques des reins ont été étudiés en détail par Sterling. Spiers a constaté sur 220 autopsies de syphilitiques que 28 sujets seulement étaient indemnes de lésions rénales. D'après Kavornen la moitié des syphilitiques et d'après Neumann les 3/5 présenteraient des lésions rénales à l'autopsie. La fréquence de ces accidents est aussi constatée par les cliniciens.

Notre statistique accuse des lésions rénales dans 39 o/o des cas ; dans 31 o/o des cas il s'agissait de lésions syphilitiques, dans 8 o/o de lésions non syphilitiques. Les lésions rénales ont été plus fréquentes chez les hommes. Leur pathogénie s'explique par des lésions vasculaires et par l'effet des traitements anti-syphilitiques.

Au point de vue des lésions rénales, notre statistique est en désaccord avec les chiffres publiés antérieurement, c'est, peut-être, parce que nous nous sommes basés surtout sur l'aspect macroscopique des lésions. Les accidents non syphilitiques du système nerveux sont rares et s'observent presque exclusivement au cerveau. Le plus souvent il s'agit de lésions congestives consécutives à l'emploi du salvarsan. Quant à la moelle, nous ne l'avons examinée que lorsque nous avions pour cela des indications d'ordre clinique. C'est pourquoi nous n'avons pas constaté de lésions indépendantes de la syphilis sur nos sujets.

#### IV

Au cours de nos recherches nous avons voulu déterminer aussi les lésions de syphilis héréditaire. Dans bien des cas il nous était cependant impossible de savoir si nous nous trouvions en présence de lésions de syphilis héréditaire ou de syphilis acquise. Nous n'avons donc pris en considération que les cas de syphilis héréditaire précoce d'origine indiscutablement héréditaire.

En première ligne nous avons constaté des accidents pulmonaires (66 o/o alors que chez les adultes on trouve 60 o/o). La rate était touchée dans 60 o/o des cas (adultes 37 o/o), l'estomac dans 49 o/o (adultes 48 o/o), l'intestin dans 53 o/o (adultes 39 o/o). L'appareil circulatoire a paru être lésé moins fréquemment que chez l'adulte.

Souvent les constatations anatomiques étaient en désaccord

avec le diagnostic clinique ; il semble que la symptomatologie de la syphilis héréditaire viscérale est moins bien connue que celle de la syphilis acquise de l'adulte. Dans un grand nombre de cas, le désaccord portait sur des cas de prétendue tuberculose ; l'erreur était la plus fréquente en matière de pathologie hépatique : des gommes du foie ont été prises pour de la tuberculose pulmonaire, pour une septicémie dans un autre cas, une hépatite gommeuse avait été diagnostiquée gastro-entérite, une cirrhose avec aortite était étiquetée péritonite avec néoplasme, des gommes du foie et des reins avaient passé par une sclérose interstitielle de ces organes. Le désaccord a été également fréquent pour les affections pulmonaires : des gommes du poumon furent prises pour une pneumonie et emphysème, des gommes de la trachée pour une tumeur. Une gomme de l'aorte avait fait porter le diagnostic d'insuffisance mitrale. Des méningites syphilitiques étaient confondues avec des méningites tuberculeuses. Même à la peau un prétendu cas de sarcome n'était qu'une gomme.

Comme dans la syphilis acquise de l'adulte, on trouve dans la syphilis héréditaire de nombreuses lésions viscérales de nature non syphilitique mais, très vraisemblablement, liées à la syphilis par des rapports qui échappent le plus souvent.

\*\*

Il est certain que bien des progrès restent encore à faire en matière de diagnostic clinique et anatomique de la syphilis viscérale. Néanmoins, les faits réunis dans ce travail suggèrent de nombreuses réflexions au sujet de notre programme thérapeutique actuel de la syphilis. C'est là leur intérêt pratique. Les médicaments anti-syphilitiques ne sont pas inoffensifs pour les viscères. Ils les altèrent sans les guérir mais en faisant disparaître les symptômes syphilitiques. Matten « veut bien croire que le salvarsan tue les tréponèmes mais non qu'il guérisse la syphilis ». C'est en étudiant les lésions spécifiques et non spécifiques des viscères des syphilitiques, qu'on éclaircira ce problème thérapeutique et qu'on arrivera à savoir ce que l'on gagne exactement en détruisant les tréponèmes et ce que l'on perd en altérant les organes sains.

Eblouis par les progrès de la bactériologie, de la sérologie et par les résultats non moins frappants quoique trop souvent éphe-

mères de la chimiothérapie de la syphilis, nous nous contenterons des résultats obtenus sur les accidents syphilitiques apparents et nous avons tendance à négliger les lésions des organes.

Les faits réunis dans ce travail inciteront peut-être des recherches ultérieures sur les lésions viscérales survenant chez les syphilitiques et contribueront par cette voie à éclaircir le problème de la thérapeutique rationnelle de la syphilis.

## ICHTYOSE & LANGUE NOIRE

Par CH. LAURENTIER

« Malgré la richesse des documents relatifs à la langue noire, écrit Lebar, la nature de cette curieuse lésion reste entourée d'une grande obscurité ». Il en est toujours ainsi et cependant, ce qui frappe, à la lecture de ces documents, c'est le peu d'importance que les auteurs semblent attacher dans leurs observations à l'état du tégument externe ; c'est ainsi que, sans prétendre avoir tout lu à ce sujet, nous n'avons trouvé, au cours de nos recherches, qu'une seule observation (*Thèse de Dessois*) mentionnant des lésions connexes de la langue, de la peau et des phanères ; il s'agit en l'espèce de l'observation de D..., externe des Hôpitaux atteint lui-même de langue noire et présentant « une grande sécheresse de la peau qui est écaillueuse, une acné pilaire généralisée, des poils cassants et rares, une chute progressive des cheveux avec squames et prurit depuis 5 ou 6 ans ».

Nous publions aujourd'hui à notre tour une observation de langue noire chez un homme présentant de l'ichtyose.

Le malade s'est présenté à la Clinique de Dermatologie de l'Université (Pr Ch. Audry).

X..., 68 ans, cultivateur de profession, ne présente pas des antécédents paraissant devoir retenir l'attention. Il a perdu ses parents d'affection pulmonaire et sa sœur d'un néoplasme du sein.

Lui-même a contracté la fièvre typhoïde à 10 ans ; réformé pour « faiblesse de constitution », il se marie à 27 ans et sa femme est encore en bonne santé ; père de 3 enfants, il a perdu l'aîné à la guerre, et une fille de fièvre typhoïde ; le troisième (une fille) est bien portant.

Ce malade, emphysémateux depuis une dizaine d'années, accuse depuis la même époque des troubles visuels ; au demeurant sa santé est excellente et il vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu (Dermatologie) pour sensation de gêne et de brûlure dans la bouche ; l'examen montre d'emblée qu'il présente une paralysie du droit externe de l'œil

droit et une langue noire classique ; c'est une langue pileuse légèrement scrotale, dont les papilles couchées dans le sens postéro-anterior de l'organe prennent leur coloration noirâtre en avant du V lingual ; un examen plus détaillé nous montre en outre chez ce malade un tégument externe présentant un certain nombre d'anomalies :

1<sup>o</sup> D'abord une ichtyose généralisée avec deux petites plaques des dimensions d'une pièce de vingt centimes, d'*ichtyosis nigricans* (sur le bras droit).

Rien du côté des phanères.

2<sup>o</sup> Du lentigo (région dorsale).

3<sup>o</sup> Du *molluscum pendulum* (épaule droite).

L'examen général du malade ne nous a montré rien de particulier (emphysème déjà signalé). Ni albumine, ni sucre dans les urines ; tension artérielle (Pachon) = 18/10. Réflexes normaux. Bordet-Wassermann négatif.

Isolée, cette observation a peu de signification ; mais si, ultérieurement, des associations semblables à celles que nous venons de mentionner étaient relevées par d'autres observateurs, on devrait y trouver un argument en faveur d'une théorie de la langue noire qui la rapprocherait de l'ichtyose. Au point de vue anatomique, écrit Brocq dans son traité, « si les dernières recherches sont confirmées, cette maladie est en réalité une hyperkératose *du même titre que la coloration noire de certaines ichtyoses*. Plus la couche cornée est vieille, sèche, dure, plus les cellules ont une teinte sombre ». La coexistence chez notre malade de langue noire et d'*ichtyosis nigricans* semble bien justifier cette hypothèse.

#### BIBLIOGRAPHIE

*Thèse DESSOIS*, Paris, 1878.

*Thèse WALLERAND*, Paris, 1890.

*Thèse CHARPY*, Paris, 1908.

LEBAR (*Annales de Dermatologie*, 1916 1917, tome VI). Langue noire et kératochromoglossites.

## REVUE DE DERMATOLOGIE

### *Mycoses cutanées.*

**Sur la présence d'anticorps dans le sérum sanguin d'hommes atteints de trichophytie** (Über Vorkommen von Antikörpern im Blutserum trichophytie kranker Menschen), par F. BLUMENTHAL et ASTA VON HAUPT. *Dermatologische Zeitschrift*, 1922, t. XXXVI, p. 313.

Conclusions : Dans la plupart des cas de trichophytie profonde, on trouve des anticorps circulant dans le sérum sanguin ; mais ils n'existent que rarement en cas de trichophytie superficielle. En général, la quantité d'anticorps est proportionnelle à la gravité des lésions. Allergie et anticorps ne sont pas toujours parallèles. La trichophytine provoque l'apparition de ces anticorps. Quand il s'agit de cas traités par la trichophytine, il y a déviation de complément, ce qui explique en partie l'action thérapeutique. La réaction est aussi étroitement spécifique que la réaction allergique. On l'obtient aussi dans des sycosis non parasitaires, des tuberculoses ganglionnaires, etc., quelquefois même la trichophytine avec du sérum syphilitique donne une R. W. + : toutes ces réactions sont dénuées de spécificité. Il n'y a pas une immunité cellulaire particulière à la trichophytie. En ce cas comme en d'autres, il s'agit d'immunités humorales.

Cn. AUDRY.

**Traitemennt des affections vulgaires et parasitaires de la barbe par les injections endoveineuses de solution Iodoiodurée** (La terapia di affezioni volgari e parassitarie della barba con iniezioni endovenose di soluzione iodoiodurata), par RONCHESE. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. IV, 1922.

Pour ces injections dont le principe a été inspiré par les recherches de Ravaut, l'auteur s'est servi de la solution de Gram : I, 1 ; KI, 2 ; Ag dist., 300. Les doses ont été : depuis 1 cc. de la solution dans 2 cc. d'eau, jusqu'à 12 cc. de la solution dans 24 cc. d'eau, tous les deux ou trois jours ou même quotidiennes. Il rapporte 5 observations. Deux d'entre elles ont montré l'efficacité évidente de ce traitement. Dans les autres il fallut recourir à la Roentgenthérapie. Les injections ont l'inconvénient d'indurer assez fortement les parois des veines, ce qui oblige à les espacer et à employer des solutions très diluées. Associées à la Roentgenthérapie elles peuvent donner bons résultats.

F. BALZER.

### *Névromes.*

**Un cas remarquable de névrome plexiforme**, par MM. CROUZON, BOUTIER et MATHIEU. *Société médicale*, séance du 2 décembre 1921.

Observation d'une femme de 23 ans atteinte de maladie de Recklinghausen, et présentant un énorme névrome plexiforme trilobé occupant la région fessière, auquel se superpose un nævus pigmentaire très étendu siégeant dans la région lombaire et du flanc droit, et préexistant à la tumeur.

H. R.

***Nodosités sous-cutanées.***

**Un cas d'inclusion calcaire de la peau** (*Ein Fall von Kalkablagerung in der Haut*), par W. POSPELOW. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXL, p. 75.

Après avoir rappelé un cas de Jadassohn (inclusions calcaires cutanées dans la peau d'un garçon de 14 ans mort d'ostéomyélite) P. donne l'observation d'une femme de 17 ans, qui depuis plusieurs années présentait de petits nodules sous-cutanés dont plusieurs se compliquèrent d'abcès et d'ulcérasions. Les nodules se succédaient, blancs au centre, qui, en cas de suppuration, s'enflammaient, s'irritaient et se vidaient, tandis que les autres restaient stationnaires.

Poumons suspects. Pas d'autres lésions.

Les nodules occupent principalement les côtés des doigts, du genou, des coudes. L'examen microscopique fit voir des grains calcaires enkystés dans du tissu fibreux, avec des cellules géantes réactionnelles. Tissu élastique, dissocié par les grains, mais non transformé : il s'agit de carbonate et de phosphate de chaux. Les radiographies sont très expressives, au point de vue des grains calcaires, mais ne montrent aucune raréfaction osseuse (contrairement au cas de Jadassohn).

En somme, dépôt de grains calcaires dans le tissu sous-cutané sans lésions préalables. Pathogénie encore indéterminée.

CH. AUDRY.

***Nodosités juxta-articulaires de Lutz-Jeanselme* (*Nodosidades juxta-articulares de Lutz-Jeanselme*), par F. I. DA SILVA. Bahia, 1922.**

Les lésions décrites par Lutz en 1892 figurent dans la plupart des traités de pathologie exotique. On les a observés dans un très grand nombre de pays. Mais l'accord est loin de régner sur leur origine, mycosique pour les uns, traumatique pour d'autres. Certains succès thérapeutiques ont donné des partisans à la nature syphilitique de la maladie.

S. a pu examiner histologiquement trois cas. Il a constaté une production fibreuse exubérante avec fibroblastes volumineux. Au sein de ce tissu quelques vaisseaux en voie d'oblitération par la sclérose, présentent des signes d'infiltrations périvasculaires de lymphocytes et de plasmazellen. Ces lésions permettent de penser à la syphilis. D'ailleurs les cas brésiliens guéris soit par l'iode, soit par le mercure ou les arsenicaux indiquent que c'est au traitement antisyphilitique qu'il faut tout d'abord s'adresser. Quelques cas ont pu en raison de leur volume ou de la gêne des mouvements nécessiter l'ablation chirurgicale.

PELLIER.

***Nævus.***

**De la distribution radiculaire du nævus et du vitiligo**, par M. M. KLIPPEL et M. P. WEU. *Presse médicale*, 6 mai 1922.

Nævus et vitiligo sont deux affections étroitement apparentées, se

présentant en général moins comme un trouble primitif des téguments que comme un véritable *trouble trophique* lié à une altération du système nerveux. D'ailleurs ces deux affections le plus souvent distinctes peuvent coïncider constituant le nævus-vitiligo.

Il importe de distinguer deux grandes variétés de nævi : les nævi liés à une altération vasculaire, les nævi liés à une altération nerveuse. Le nævus d'origine vasculaire est dû à une lésion des parois vasculaires, c'est une vascularite ; le nævus d'origine nerveuse est lié à une altération primitive de névraxe. Le premier s'apparente au purpura télangiectasique, le second au zona. Le nævus d'origine vasculaire peut apparaître de bonne heure, le nævus d'origine nerveuse peut n'apparaître qu'à une époque relativement tardive. Le nævus d'origine vasculaire est conditionné dans sa localisation par des facteurs d'intérêt secondaire ; le nævus d'origine nerveuse a une topographie nettement systématisée, certains siègent sur des troncs nerveux, le plus souvent, il s'agit d'une topographie radiculaire.

De même le vitiligo peut être lié à des conditions locales d'apparition, traumatismes, pressions répétées, il peut s'observer à la suite de lésions syphilitiques (Milian, Thibierge) et la tache dyschromique a la valeur d'une cicatrice. Mais le plus fréquent est le vitiligo de cause nerveuse témoin cutané d'une atteinte du système nerveux. Tel est celui qui s'associe facilement à des pachyméninrites, au tabès confirmé ou fruste. La part qui revient à la syphilis dans un grand nombre de vitiligo est indéniable, elle n'est pas la cause unique. Enfin il est des vitiligo liés à une lésion d'un nerf, des vitiligo d'origine médullaire. Cependant la très grande majorité des vitiligo ont une distribution radiculaire. Toutefois l'hypothèse d'une localisation des poussées sur un tronc nerveux ou sur les racines est insuffisante pour en expliquer la topographie. Il faut pour K. et W. situer la lésion dans la moelle même et bien vraisemblablement au niveau de la commissure postérieure de la moelle, au niveau des fibres intercommissurales postérieures.

H. RABEAU.

**Noevi symétriques multiples de la face (adenoma sebaceum) type Pringle,**  
par MIBELLI (*XVII<sup>e</sup> Riunione della Soc. Ital. di Derm.*, 1920, p. 548).

Jeune garçon de 14 ans, présentant l'adénome sébacé télangiectasique de la face, type Pringle. Depuis environ un an l'affection s'est révélée par des éléments punctiformes peu saillants et rouges sur la peau du visage. Sur le thorax et l'abdomen il présente aussi de nombreux nævi pigmentaires et quelques molluscums. Les éléments de la face sont constitués par des glandes sébacées hypertrophiées avec hyperplasie du tissu conjonctif jeune et néoformation de vaisseaux sanguins. Mibelli estime cependant que ces anomalies ne méritent pas le diagnostic anatomo-pathologique de néoplasie, soit glandulaire, soit connective ou vasculaire ; elles résultent de troubles dans le développement. Le nom qui lui paraît le plus convenable est celui de nævi multiples symétriques de la face. L'électrolyse a donné de bons résultats.

F. BALZER.

**Le nævus sébacé systématisé.** Der systemasierte Talgdrüsennævus, par J. MAGR. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXLI, p. 159.

Deux cas, l'un (femme) occupant la région sous maxillo-cervicale droite l'autre la ligne présternale chez un homme, ce dernier peu développé.  
CH. AUDRY.

**Coexistence d'un nævus méningé avec l'adénome sébacé de la face**  
(A case of meningeal nævus associated with adenoma sebaceum), par GREIG. *Edinburgh Med. Journ.*, mars 1922, p. 105.

Un garçon de 18 ans, porteur d'adénomes sébacés de la face, présentait, depuis 9 ans, une hémi-parésie avec épilepsie jacksonienne. La trépanation fit constater la présence d'un volumineux angiome comprimant la zone rolandique. La coexistence de ces deux affections présente de l'intérêt au point de vue de la pathogénie de l'adénome sébacé.  
S. FERNET.

**Sur une variété décrite de nævus (nævus conjonctif en forme de pierre à pavé)** Ueber eine bisher nicht beschriebene Nævusform (pflastersteinförmiger Bindegewebenævus), par B. LIPSCHÜTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXXXIX, p. 476.

L. a rencontré 4 cas de cette lésion qui remonte à l'enfance et qui consiste en éléments blancs, faiblement saillants, enchaînés dans le derme, comme des éléments de passage, et qui sont distribués en plaques à distribution plus ou moins zostéiformes.

Au microscope : hypertrophie des faisceaux conjonctifs homogénéisés sans altérations épithéliales, ni élastiques. Cette dernière particularité seule différencie ces cas d'une observation de Levandovsky.  
CH. AUDRY.

**Sur la question du nævus (histologie d'un nævus mou géant)** (Ein Beitrag zur Nævusfrage. Die Histologie einesins Reisenhafte Gewachsenen Weichen Nævus), par H. FISCHER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXL, p. 271.

F. a étudié histologiquement un vaste nævus du cuir chevelu en forme de pachydermie vorticillicis (*cutis verticis gyrata*).

De son examen histologique, et de la critique des travaux antérieurs (allemands exclusivement), il conclut :

Il y a des nævi où les cellules næviques fabriquent des filaments conjonctifs, et sont par conséquent d'origine mésodermique. Mais cette genèse des filaments ne s'étend qu'à une petite partie de la tumeur, parce qu'une grande partie de ces cellules sont en état de repos, c'est pourquoi il n'y a pas de formation de tissu interstitiel. Dans le nævus géant, on constate cette possibilité des cellules de nævus d'élaborer la substance interstitielle, qui se manifeste par une substance collagène imprégnant les cellules næviques de la périphérie ; ce collagène imprègne aussi le syncytium næviqe et conserve du rapport avec la masse collagène interstitielle, laquelle finit par remplir et étouffer dans la cellule tout ce qui n'est pas le noyau. C'est bien la cellule næviqe qui élabore les filaments et ce n'est pas une dégénérescence.

Dans les petits nævi, on ne retrouve pas cette même apparence parce que les cellules sont en sommeil.

Dans d'autres nævi, les éléments paraissent purement épithéliaux et ne font pas de collagène. Chez l'adulte on observe tantôt des nævi à collagène, tantôt des nævi purement épithéliaux. Il y a donc deux grandes variétés de nævi qui se distinguent en ce que chez ceux qui, sans être malins, subissent un accroissement avec l'âge, il y a formation de collagène, les autres restant épithéliaux purs.

CH. AUDRY.

**Le traitement des nævi pileux.** par Ch. du Bois, *Rev. médic. de la Suisse romande*, déc. 1921, p. 769.

Nævus pileux et verruqueux de la face (arcade sourcillière, paupières, région orbitaire et sous-orbitaire) traité, avec un résultat esthétique excellent, d'abord par l'électrolyse épilatoire monopolaire (jusqu'à 10 ml. ampères pour les gros poils) puis par des applications discrètes et répétées de neige carbonique. Durée du traitement 14 mois, avec repos après chaque intervention suivie de réaction inflammatoire même légère.

H. JAEGER.

#### Ongles.

**Anomalies congénitales des ongles.** Quatre cas d'hypertrophie héréditaire du lit unguéal chez des sujets nés avec des dents (Congenital anomalies of the nails. Four cases of hereditary hypertrophy of the nail-bed associated with a history of erupted teeth at birth), par MURRAY. *The British Journ. of Dermat.*, décembre 1921, p. 409.

Le grand-père, la mère et les trois enfants d'une famille sont atteints d'une dystrophie unguéale des mains et des pieds. La surface de l'ongle est normale, ne présente ni striations, ni érosions, mais son bord libre est soulevé par une épaisse masse jaune foncé et complètement déviée de sa direction normale. Tous les sujets atteints de cette dystrophie sont nés avec plusieurs dents. Les examens pratiqués ont été négatifs au point de vue des infections générales et de la trichophytie onguéale.

S. FERNET.

#### Porakératose.

**Porakératose à lésions très restreintes** (Casi porocheratosi a lesioni molto scarse), par LOMBARDO (*XVII<sup>e</sup> Riunione de la Soc. ital. di Derm.*, p. 266, 1920).

L'auteur rapporte six cas de porakératose observés à Pise, où l'affection n'est pas rare, remarquable par la petitesse des éléments qu'il a pu suivre pendant un certain temps. Chez un enfant l'élément lenticalaire siégeait sur le côté du nez, un autre plus petit à la paupière inférieure; la mère présentait elle-même de la porakératose et rapportait que la grand'mère en avait présenté aussi. Dans deux autres cas la lésion siégeait aux lèvres, dans un autre à la nuque. Il l'a observée aussi à la face dorsale des mains. Dans les examens microscopiques après biopsie, l'auteur a observé la présence de granules de

glycogène dans les cellules malpighiennes et les gouttelettes de graisse déjà signalées par Truffi à l'aide de l'acide osmique. Il met en doute l'inoculabilité de la porakératose signalée par Wender et est disposé à admettre l'origine nævique soutenue par Mibelli, Raspighi, Truffi et appuyé sur la non-contagiosité et non-inoculabilité de la lésion, sa présence chez plusieurs membres de la même famille, son début dans le jeune âge, sa lente progression, l'absence de vrais phénomènes inflammatoires, la coexistence avec d'autres lésions certainement næviques, la disposition parfois zoniforme, systématisée, la faible progression ou même l'état stationnaire. Cette origine nævique a peut-être contre elle la facilité avec laquelle la porakératose peut guérir. Les cas de Lombardo traités par une ou deux applications de neige carbonique de 40 à 50 secondes, guérissent sans paraître présenter de tendance à se reproduire.

F. BALZER.

### *Pelade.*

**Sur l'étiologie et la symptomatologie de la pelade (Zur Ätiologie und Symptomatologie der Alopecia areata), par R. SPITZER. Arch. f. Dermat. und Syph., 1921, t. CXXXII. Analysé in Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten, 1921, t. II, p. 49.**

Sur 107 hommes et 59 femmes atteints de pelade (Breslau) 88 hommes et 38 femmes présentaient des adénites cervicales. A Berne, sur 127 hommes, la proportion était de 37 o/o, sur 55 femmes de 38 o/o. Les adénites étaient mastoïdiennes, occipitales, sous-maxillaires, un cas de pelade de la barbe. Souvent la pelade se trouvait du même côté que les glandes. Il y a assurément un rapport entre la pelade et les tuméfactions ganglionnaires du cou.

D'une statistique de 818 cas, S. conclut que la pelade devient très rare après 53 ans. La moitié des cas se trouve entre 20 et 40 ans. Il y a récidive dans 46 o/o des cas. L'influence du sexe est variable : à Breslau, pas de différence ; à Berne, femmes plus nombreuses. Sur 191 cas examinés au point de vue de la contagion, elle était 8 fois impossible, 22 fois vraisemblable, 4 fois très vraisemblable. Sur 229 sujets interrogés à ce point de vue, 49 en admirent l'existence dans leur famille.

La question de l'infectiosité de la pelade ne peut pas encore être résolue ni dans un sens, ni dans l'autre. L'avenir montrera s'il s'agit d'un ou de plusieurs processus.

Cu. AUDRY.

**Le syndrome endocrinosympathique de la pelade, par MM. LÉVY-FRANCKEL et JUSTER. Presse médicale, 4 octobre 1922.**

Les auteurs ont étudié un grand nombre de peladiques, au point de vue du terrain spécial sur lequel évolue la pelade, et aussi des troubles que peuvent présenter chez de tels malades les glandes endocrines et le système nerveux sympathique. Ils ont retrouvé les modifications de l'état général décrites par Jacquet sous le nom « d'atmosphère générale de la pelade » ; avec une très grande fréquence, ils ont observé des troubles de sécrétion des glandes endocrines, corps thy-

roïde le plus souvent, ovaire; dans trois cas, troubles hypophysaires.

Les troubles de la réflexivité sympathique sont d'une constance presque absolue : troubles vasomoteurs, modifications des réflexes oculo-cardiaque, pilomoteur et nasofacial, plus ou moins nets suivant la gravité de la pelade et les traitements antérieurement suivis.

La pelade, concluent-ils, est un phénomène dû à une sidération des fibres sympathiques pilaires, sous la dépendance de lésions du système endocrinatosympathique. Les relations thérapeutiques obtenues par eux confirment cette manière de voir. H. RABEAU.

**Diagnostic différentiel de la pelade et des teignes tondantes**, par M. R. SABOURAUD. *Presse médicale*, 18 février 1922.

S. rappelle les caractères différentiels de la pelade et des tondantes. Plaque nue, blanche, propre, entourée d'autant de cheveux que le cuir chevelu normal en comporte, à surface unie ou même luisante, dans la pelade. Au contraire dans la teigne tondante, plaques, ou souvent, simples points disséminés signalés par l'existence d'une squame croûte adhérente de couleur grise ou cartonneuse, mince ; cherchez la plaque squameuse, c'est elle qu'il faut voir, c'est elle qui vous montrera les cheveux teigneux, et ce sont ces bouts de racine qui, examinés au microscope dans la potasse caustique à chaud, vous montreront les parasites.

H. RABEAU.

### Pemphigus.

**Recherches bactériologiques dans le pemphigus chronique** (Dei reperti batteriologici nel pemfigo cronico), par VALLISNIERI (*XVII<sup>e</sup> Riunione della Soc. ital. di Derm.*, p. 590, 1920), avec planches.

Radaeli a décrit dans le pemphigus un germe en forme de diplobacille, isolé ou en chaînettes, mobile et non résistant au Gram. L'auteur décrit un germe assez analogue et croit que le germe de Radaeli est une variété de *proteus vulgaris* Hanser. Le *proteus* est un germe très répandu comme le *coli*-bacille et le bacille pyocyanique. On le trouve surtout à la fin du pemphigus. Ce *proteus* qui se retrouve dans les plaies, le choléra des enfants, le typhus exanthématisque n'est sans doute pas l'agent du pemphigus. Il semble se développer à la fin de la maladie, ou quand se produisent la diarrhée et l'albuminurie.

F. BALZER.

### Pigmentation.

**Pigmentation thoraco-abdominale unilatérale avec troubles sympathiques associés**, par MM. R.-A. GUTMANN et DALSACE. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 8 juillet 1921.

Malade de 44 ans présentant une pigmentation thoraco-abdominale droite avec diminution de ce côté de la sudation spontanée, de la pression artérielle et prédominance homolatérale du réflexe oculo-cardiaque. Un tel syndrome ne peut ressortir qu'au sympathique. L'affection semble congénitale. Wassermann partiellement positif.

H. RABEAU.

**Pityriasis versicolor.**

**Etude histo-pathologique du pityriasis versicolor** (Contributo allo studio isto-pathologico della pityriasis versicolor), par MEINERI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. III, 1922, avec figures.

La couche cornée est épaisse et moins adhérente au *stratum lucidum*, avec altérations de parakératose. Le *microsporon furfur* vit exclusivement dans sa partie externe et moyenne. Il y a de l'œdème de la couche malpighienne avec légère infiltration de lymphocytes et parfois formation de vésiculettes dans sa partie la plus superficielle ; pigmentation de la couche basale. Dans le derme dilatation des vaisseaux ; prolifération des cellules conjonctivales périvasculaires ; quelques lymphocytes et cellules plasmatiques ; petits groupes de granulations pigmentaires.

F. BALZER.

**Poikilodermie.**

**Poikilodermie atrophiante vasculaire de Jacobi** (Poichilodermia atrophians vascularis Jacobi), par CAPELLI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 617.

Ce cas est le premier en Italie de l'affection décrite par Jacobi. — Une femme de 38 ans, ayant eu cinq fils sains, d'hérédité névropathique et psychopathique, ayant eu une pleurésie à 19 ans bien guérie, présente environ trois mois après l'accouchement des troubles vaso-moteurs avec poussées d'érythème à la face, mains, coudes, organes génitaux, fesses, avec douleurs articulaires et musculaires, prurit, malaise général. Ces poussées se reproduisirent pendant l'allaitement et aboutirent à la production de l'état actuel, avec la face tuméfiée, effacement des plis, coloration blanc rosé, avec aires érythémateuses et aires brunes, pigmentées ; même aspect au cou, plus accentué avec plaques opalines d'aspect atrophique ; même aspect au tronc ; aux fesses, aires atrophiques et angiectasies ; la peau, d'une manière générale présente l'aspect d'une radio-dermite. A la face antérieure des avant-bras, strie atrophique pigmentée qui va à l'éminence thénar ; là elle se divise en cinq rameaux plus atrophiques que pigmentaires qui traversent dans leur longueur la main et les doigts. A la face dorsale, surtout au niveau des articulations de la main et des doigts, plaques d'atrophie lâche, cyanotique. Mêmes altérations au niveau des genoux, du métatarses et des phalanges des orteils ; plaques leucomatophiques aux cuisses, et avec épaississement aux jambes. A la muqueuse des organes génitaux, stries atrophiques claires. Rien aux ongles. Eclaircissement du système pileux. Lobe droit du corps thyroïde un peu tuméfié ; légère exophthalmie ; rein droit mobile. Rien aux autres viscères, ni au système nerveux : réflexes très vifs. Sensibilité intacte ; dermographisme évident. Susceptibilité psychique et émotive très grande, rougeur de la face très prompte avec sudation. Douleurs dans la peau et les muscles ; sensation de fatigue générale. Urines, sang, séro-réaction, rien d'anormal. Cuti réaction à la tuber-

culine positive; sudation et salivation abondante avec un centigramme de pilocarpine. Biopsie d'une plaque du bras : effacement des reliefs papillaires; atrophie épidermique; fibres conjonctives en dégénérescence muqueuse; fibres élastiques fragmentées, granuleuses, raréfierées; néoformations vasculaires, nodules périvasculaires d'éléments lymphocytaires avec cellules plasmatisques et quelques cellules géantes. L'auteur croit que cet ensemble de signes justifie le diagnostic de poïkilodermie atrophiante vasculaire et fait écarter la sclérodermie, l'anédermie maculeuse de Jadassohn, l'acrodermatite atrophiante de Herxheimer. Il croit à une origine endocrinio-sympathique de la maladie. Il n'a pas pu faire d'inoculation aux animaux pour vérifier la tuberculose. Le traitement arsenico-phosphaté et l'opothérapie polyvalente sont institués.

F. BALZER.

#### **Polls.**

**Recherches sur la croissance des poils chez l'homme**, par M. H. BULIARD. *Bulletins et mémoires de la Société d'Anthropologie*. Paris, 7 juillet 1921.

On possède des données restreintes et contradictoires sur la croissance des poils. On a utilisé souvent des procédés indirects, pour les cheveux et la barbe, rasage méthodique avec pesée de la quantité de poils tombés, ou encore numération des mitoses dans des bulbes. B. dans une série de recherches longues et minutieuses a étudié d'une part le cycle évolutif d'un poil, d'autre part l'influence de la section sur l'évolution du poil. Ayant étudié la durée, la longueur, la vitesse, la courbe de croissance du poil, B. conclut que cette croissance après une période d'ascension rapide et uniforme est progressivement ralentie jusqu'à la chute. La section est sans action sur l'évolution de cette courbe. Le bulbe du poil se montre ainsi relativement indépendant des excitations du milieu extérieur, et la partie libre du poil se comporte au point de vue réception et transmission des excitations comme un tissu mort, ou du moins extrêmement peu vivant.

H. RABEAU.

#### **Prurit.**

**Les points prurigineux (Itchy points. Puncta pruritica)**, par Toomcy. *Arch. of Derm. and Syph.*, juin 1922, p. 744.

L'auteur décrit une variété particulière de prurit. Localisé à un ou plusieurs points de 1 à 3 millimètres de diamètre, ce prurit évolue par périodes et par crises surtout véspérales et nocturnes. Lorsqu'il existe plusieurs points de prurit, ils restent toujours distincts et ne deviennent jamais confluentes. Il n'y a aucune modification de la peau, sauf, quelquefois, des lésions de grattage. Les principales localisations sont : le pavillon de l'oreille, l'espace intersourciliier, la région malaire, l'épine de l'omoplate, le tiers inférieur de l'avant-bras, les régions sacrée, trochantérienne, malléolaires. Ce prurit est extrêmement intense. Son étiologie est absolument inconnue. L'auteur s'est demandé s'il ne s'agissait pas d'herpès ou de dermatite herpétiforme

fruste ; ces hypothèses ont dû être écartées et il est probable qu'il s'agisse d'une variété spéciale de prurit dit essentiel. S. FERNET.

**Le traitement des prurits par la radiothérapie radiculaire**, par MM. BIZARD et MEYER. *Société de médecine de Paris*, 22 décembre 1921.

Dans le traitement des prurits l'irradiation radiculaire présente des avantages marqués sur la technique classique de l'irradiation directe, action plus marquée dans les cas rebelles, facilité d'application dans les prurits généralisés. Irradiation très large sans localisateur des racines des nerfs incriminés, à l'aide des rayons très durs filtrés sous un minimum de 10 millimètres d'aluminium. Dose hebdomadaire 5 H. (6 observations). H. RABEAU.

#### *Psorospermose.*

**Étude clinique et histologique sur la psorospermose** (Contributo clinico-istologico allo studio della psorospermosi), par MURERO (*XVII<sup>e</sup> Riunione della Soc. ital. di Derm.*, p. 338, 1920 avec planches).

L'auteur rapporte deux intéressantes observations de psorospermose folliculaire végétante ou dermatose de Darier, à propos desquelles il étudie le diagnostic différentiel de cette affection avec diverses dyskératoses. Dans un des cas la maladie se compliquait d'albuminurie ; dans les deux hyperkératoses des régions plantaires avec rhagades profondes, très douloureuses, rebelles à tout traitement. La nature héréditaire de la maladie, admise par plusieurs auteurs, n'est pas démontrée dans ces deux observations. La nature parasitaire reste douteuse, et ne peut être fondée sur la présence des *corps ronds* considérés pendant quelque temps comme des psorospermies, opinion d'ailleurs abandonnée par Darier ; le premier les corps ronds qui proviennent de dégénérences nucléaires se retrouvent dans plusieurs affections, telles que lupus, lichen plan, corne cutanée, épithélioma verrueux, pemphigus. Parmi les divers moyens de traitement, les bains, les emplâtres à la résorcine, à l'acide salicylique, à l'ichthylol, ont paru donner quelques effets palliatifs. F. BALZER.

#### *Purpura annulaire.*

**Un cas de Purpura annularis teleangiectodes de Majocchi**, par MARTINO (*XVII<sup>e</sup> Riunione della Soc. ital. di Derm.*, 1920, p. 651).

Cas très-net de cette affection survenue chez un militaire, remarquable par la tendance de l'éruption à remonter des membres inférieurs vers le tronc et les membres supérieurs. Wassermann négatif, mais cutiréaction fortement positive, bien que l'exploration des organes ne démontre aucune localisation tuberculeuse. Diathèse arthritico-goutteuse familiale. Le malade aurait été atteint de la même affection, cinq ans auparavant, fait exceptionnel, suivant Majocchi. F. BALZER.

#### *Rhinophyma.*

**Traitemennt du rhinophyma**, par SEGRÉ. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 729, avec photographies.

Dans un cas de rhinophyma volumineux, Segré a enlevé par la méthode de décortication à l'aide du bistouri des tranches superficielles de la peau du nez, en trois séances à trois jours d'intervalle. Résultat excellent obtenu avec peu de souffrances et d'hémorragies.

F. BALZER.

#### *Sclérodermie.*

**Sclérodermie consécutive au traumatisme d'un nerf** (Scleroderma following nerve injury), par KINGERY, *Arch. of Dermat. and Syph.*, mai 1922, p. 579.

Il s'agit d'un étudiant, âgé de 26 ans, dont l'affection a débuté par une ostéo-périostite de la première molaire inférieure gauche. Pour extraire la dent cariée, on pratique une anesthésie profonde à la procaine, anesthésie régionale qui insensibilise une partie de la mâchoire inférieure, la portion inférieure de la joue gauche, une partie de l'oreille, en un mot tout le territoire de la branche intéressée de la 5<sup>e</sup> paire. Trois semaines après cette opération apparaissait d'abord une dépigmentation de la joue gauche puis une plaque de sclérodermie typique se constitua au même niveau.

L'étiologie des sclérodermies étant encore fort discutée, cette observation montre que certains cas reconnaissent nettement une origine nerveuse.

S. FERNET.

**Morphée avec hémiatrophie de la face** (Morphea associated with hemiatrophy of the Face), par OSBORNE. *Arch. of Dermat. and Syph.*, juillet 1922, p. 27.

Les sclérodermies localisées au territoire d'un nerf sont d'observation courante mais l'association d'une sclérodermie avec une hémiatrophie de la face est une rareté dont O. publie deux observations.

S. FERNET.

#### *Spinulosisme.*

**Spinulosisme avec rétention pilaire** (Keratosis spinulosa und Trichostasie), par GALEWSKY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXXXVIII, p. 451.

*Thysanotrix* de Franke, *trichostasis spinulosa* de Nobl, il s'agit d'une maladie dont G. apporte deux nouveaux cas (tous deux connus appartiennent au sexe masculin). On se trouve en présence de zones cutanées, glabres, semées de petits boutons cornés occupant le sommet de follicules dans lesquels s'accumulent et se tortillent des poils au milieu de débris cornés dont l'accumulation oblitère l'orifice folliculaire ; cela rappelle la kératose pilaire, mais il n'y a pas d'hyperkératose de voisinage. Peut-être s'agit-il d'une anomalie plus ou moins congénitale et névique.

CH. AUDRY.

#### *Syringome.*

**Sur le syringome.** (Über Syringome. Ein Beitrag zur ihrer Genese und Systematik), par O. GANS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXLI, p. 232.

Les observations recueillies chez des hommes de 34 et 42 ans, dont

la maladie remonte à un grand nombre d'années. Il s'agit de la lésion connue en France sous le nom d'hydroadénomes éruptifs (Darier-Jacquet).

G. conclut de ses examens histologiques que les tubes et les kystes sont en rapports certains avec le système sudoripare. Dans un cas, il existait des rapports étroits entre un kyste et des capillaires sanguins.

On peut considérer la maladie comme rentrant dans le cadre de « génodermatoses » c'est-à-dire comme résultant d'une lésion originelle du système sudoripare.

CH. AUDRY.

### *Syringomyélie.*

**Syringomyélie à forme de maladie de Morvan traitée par la radiothérapie. Bon résultat,** par L. M. BONNET. *Lyon Médical*, 10 décembre 1921.

La jeune fille atteinte de cette affection a été traitée de 1909 à 1914 et en 1918 et 1919 par de très nombreuses séances de rayons filtrés sur la région correspondant au renflement cervical. Cette zone d'application avait été choisie par ce que les troubles trophiques étaient surtout marqués aux mains.

Les troubles sensitifs n'ont pas été améliorés, mais alors que depuis 1907 la malade présentait des panaris avec lésions osseuses, depuis 1916 l'amélioration devint nette. Plus de panaris à partir de 1918.

Par contre des troubles trophiques sont survenus en 1913 au niveau des membres inférieurs dont les centres n'avaient pas été irradiés. Aussi depuis quelques mois des applications de rayons X ont été faits sur la moëlle dorsale\* et sur le renflement lombaire et il y a déjà amélioration.

JEAN LAGASSAGNE.

### *Tache mongolique.*

**La tache mongolique chez les Européens.** Über den mongolenfleck bei Europäern. Ein Beitrag zur Pigmentlehre, par A. Et. BAHRAWY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXLI, p. 171.

La tache en question n'est pas spéciale aux races mongoles ; on la retrouve régulièrement chez les Européens, à une certaine période de leur vie. B. l'a retrouvé sur 112 cadavres, elle apparaît vers le cinquième mois de la vie embryonnaire et disparaît souvent après la cinquième année. La différence entre les races à ce point de vue, est purement quantitative. Les cellules mongoles donnent la réaction de la dopa, et sont des mélanoblastes, elles s'assimilent aux mêmes éléments des animaux, et phylogénétiquement répondent aux cellules pigmentées des singes. Il faut distinguer les mélanoblastes ectodermiques et les mélanoblastes profonds du derme qui présentent la réaction de la dopa, et les chromatophores du derme qui ne le présentent pas et sont des éléments de résorption. La présence des deux premiers éléments dans la tache sacrée la rendent comparable au nævus bleu de Jadassohn.

CH. AUDRY.

**Tatouage.**

**Une complication non habituelle consécutive au tatouage** (An unusual complication following tatooing), par MALLAM. *The British Journal of Dermat.*, oct. 1922.

Sur un tatouage bleu et rouge des avant-bras, datant de 2 ans, M. a observé des lésions papillomateuses et verruqueuses récentes, localisées uniquement aux points imprégnés de rouge. Ce tatouage avait été fait par un homme du métier connu pour sa technique inoffensive; il s'était servi de vermillon pur. Les lésions n'avaient apparu que deux ans après l'opération; elles étaient superficielles, indolores non inflammatoires et ne s'accompagnaient d'aucune adénopathie. L'examen histologique montra une prolifération conjonctive considérable autour du vermillon déposé dans le chorion et une prolifération de l'épiderme. Suivant les histologistes cette coupe fut étiquetée tantôt papillome en voie de transformation maligne rappelant le carcinome des paraffineurs, tantôt lupus verruqueux (?). Les rayons X et la neige carbonique n'ayant pas détruit les lésions, on fit une excision chirurgicale et on n'observa pas de récidive.

S. FERNET.

**Thérapeutique cutanée.**

**Sur l'action endocrinienne et l'utilisation pratique de Thallium** (Ueber die endokrine Wirkung und die praktische Bewertung der Thalliums), par A. BUSCHKE et B. PRISES. *Dermatologische Wochenschrift*, 1922, n° 19, p. 443.

B. et P. résument ici les recherches antérieures qu'ils ont faites sur les animaux, et d'où il résulte, qu'indépendamment de la chute des poils, le thallium détermine des altérations considérables des testicules du système surrénal, etc.

Il s'ensuit que l'application du thallium est aussitrès difficile, parce qu'une application locale de pommade au thallium peut amener un alopecie totale.

Peut-être pourra-t-on utiliser le thallium de manière à sensibiliser et à diminuer les doses de rayons X destinés à produire l'épilation thérapeutique.

CH. AUDRY.

**Le permanganate de potasse comme agent curateur de certaines dermatoses** (Potassium permanganate as a curative agent in dermatologic diseases), par FELDMAN et OCHS. *Arch. of Dermat. and Syph.*, août 1922, p. 161.

Les observations de ces auteurs prouvent que les solutions de permanganate de potasse ont une efficacité remarquable sur les épidermomes interdigitales, l'eczéma marginatum, les épidermomes dysidrosiformes, les intertrigos. Dans les formes inflammatoires, irritable, il faut employer des solutions faibles (1 p. 5.000 à 1 p. 3.000) en pansements humides; dans les formes infiltrées et lichenifiées on peut aller jusqu'aux solutions concentrées qu'on emploie en badigeons. L'intertrigo sous-mammaire guérit sous l'action d'une

solution à 1 p. 5.000, tandis que l'épidermomyose interdigitale nécessite des badigeons d'une solution forte.

L'eczéma marginatum guérit d'une façon régulière par le permanganate de K. Les mycoses dysidrosiformes sont les plus rebelles surtout lorsque les vésicules sont enchaînées profondément et intactes. Il faut alors appliquer d'abord un agent kératolytique pour provoquer la macération puis agir par le permanganate. S. FERNET.

**Quelques recherches sur l'utilisation thérapeutique de l'hyposulfite de soude dans les œdèmes aigus circonscrits de Quincke, l'épilepsie et la chorée,** par M. R. MATHIEU. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 29 juillet 1921.

Sous l'inspiration des travaux de M. Ravaut, l'auteur a utilisé l'hyposulfite de soude chez une malade qui, d'origine arthritique, avait depuis 2 ans des crises d'œdème d'abord discret et circonscrit. Par la suite il était devenu particulièrement intense, occupant le nez, le front, la langue et le pharynx, gênant la déglutition et la mastication. En outre, depuis quelques mois, lorsque la malade faisait sa lessive, survenaient de gros œdèmes prurigineux des avant-bras et des placards d'urticaire géant disséminés sur le reste du corps. De nombreuses médications avaient été essayées sans résultat ; l'hyposulfite fut administrée à la dose de 4 grammes par jour en cachets avec des résultats excellents ; disparition des œdèmes, possibilité de faire la lessive. Avec une dose de moins de 4 grammes, les œdèmes reprenaient discrets et fugaces ; 4 fois la suppression de la médication fut tentée, et aussitôt des rechutes se manifestèrent.

Par contre chez une autre malade dont l'histoire clinique semblait à M. comparable ; famille arthritique, migraines fréquentes, phénomène d'hémoclásie digestive, mais alors que la première faisait des accidents cutanés, l'autre présentait des accidents épileptiques, chez cette seconde malade il y eut échec total de la médication par l'hyposulfite de soude.

Chez une autre malade qui, depuis 3 ans, présentait des accidents choréiques d'allure chronique, une dose d'hyposulfite de 2 à 3 grammes chaque jour, amena en 15 jours une cessation presque absolue des mouvements choréiques. L'hyposulfite supprimé au bout d'un mois, les mouvements choréiques ont reparu.

Telles sont trop rapidement résumées ces 3 observations qui constituent des faits bien étudiés, et permettront de préciser les indications d'une médication des plus intéressantes. H. R.

**Du traitement de la séborrhée par le sulfure de carbone soufré,** par R. SABOURAUD. *Presse Médicale*, 14 mai 1921.

Le soufre est, dit S., le seul médicament de la séborrhée pure, il n'y en a pas d'autre. D'une façon plus générale le soufre est le médicament spécifique de toutes les lésions du follicule pilo-sébacé. Quelque soit le mode suivant lequel il est employé, lotion, poudre, pommade, l'action de ce médicament est la même. Dans les séborrhées intenses du cuir chevelu on n'obtient à l'aide de ces médications que des amélio-

rations, on retarde les progrès de l'alopecie, on ne l'arrête pas. L'auteur emploie depuis 20 ans avec succès une solution de soufre dans le sulfure de carbone.

Sulfure de carbone. . . . . 300 centimètres cubes.

Soufre précipité. . . . . 6 grammes.

Cette solution est très inflammable, est d'odeur désagréable, provoque une cuisson vive. On l'emploie ainsi : le malade étant dans une pièce sans feu, sans autre lumière que l'électricité ; il mouille largement sur le goulot du flacon une boulette d'ouate hydrophile, et fait une friction, brutale, rapide et énergique qui ne doit pas excéder 20 à 30 secondes. La sensation de brûlure est intense mais vite passée.

Ce traitement qui est facile et rapide a une puissance d'action remarquable. Dans les cas graves il réussit là où les autres échouent. C'est le meilleur médicament « d'arrêt de chute », lorsqu'il s'agit d'alopecie due à une séborrhée huileuse non pelliculaire. H. RABEAU.

#### Note sur les autovaccins par le traitement de quelques dermatoses

(Note sugli autovaccini per il trattamento di alcune dermatosi), par PORCELLI R. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 723.

Porcelli R. prépare des autovaccins détoxiqués par l'addition d'antiformine de 1 à 2 o/o pour les streptocoques, 2 à 3 o/o pour les staphylococques. Il a étendu l'autovaccinothérapie des maladies pyogéniques à des affections telles que la lèpre, et aux affections bleorrhagiennes. Les vaccins détoxiqués lui ont donné les meilleurs résultats dans la furonculose, l'acné polymorphe de la nuque, nécrotique, l'acné rosacée et pustuleuse, les nodules gommoïdes à bactéries pyogènes.

F. BALZER.

**La Sympathectomie périartérielle dans le traitement des névroses vasomotrices et trophiques** (Die periarterielle Sympathectomie in der Behandlung der vasomotorisch trophischen Neurosen, par BRUNING et J. FORSTER. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1922, p. 913. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1922, t. VI, p. 90).

F. a appliqué l'opération de Leriche (Sympathectomie périartérielle) aux névroses vaso-motrices telle que la maladie de Raynaud, etc. Il a obtenu un résultat très bon et très rapide chez une femme de 45 ans, atteinte d'acroparesthésie avec sclérodermie de la main droite).

CH. AUDRY.

#### Tuberculose.

**Valeur antigène de bacilles tuberculeux et paratuberculeux et de quelques autres microbes cultivés dans le milieu à l'œuf**, par M. A. URBAIN. *Société de biologie*, 11 février 1922.

Le bacille tuberculeux humain, fournit l'antigène le plus actif. La valeur de la culture décroît avec l'âge, c'est le 4<sup>e</sup> jour qu'elle a le meilleur pouvoir antigène.

Le bacille diphtérique a une activité comparable à celle des bacilles paratuberculeux et aviaires. Le bacille subtilis n'a aucune action antigène.

H. RABEAU.

**Réaction de fixation dans la tuberculose au moyen de l'antigène de Besredka. Procédé rapide au sérum non chauffé, par L. GOLDENBERG.**  
*Société de biologie, séance du 28 janvier 1922.*

Technique très simple dans laquelle le pouvoir hémolytique est titré pendant le premier temps de séjour à l'étuve. Elle donne des résultats identiques à la méthode au sérum chauffé dans les cas franchement positifs ou négatifs. Elle ne peut être utilisée si le pouvoir hémolytique de sérum à examiner est faible. H. RABEAU.

### **Tumeurs malignes cutanées.**

**Carcinome développé dans un kyste dermoïde de la peau (Carcinom-entwicklung in einem Dermoid der Haut, par S. SCHENOF. Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1922, t. CXL, p. 388).**

Epithéliome pavimenteux développé dans un kyste dermoïde gros comme un œuf de poule de la cuisse gauche.

S. rappelle à ce sujet quelques observations antérieures (Il omet ou oublie complètement les tumeurs de ce genre développées sur le cuir chevelu. N. d. T.). Ch. AUDRY.

**Kyste folliculaire et épithélioma spinocellulaire (Sur la signification des adénomes du cuir chevelu. Sur la bactériologie de l'acné artificielle (Follikularzyste und Spinalzaleneptiheliom. Bemerkungen über das Wesen der Kopfathersom. Beitrag zur Bakteriologie der artifiziellen Acne, par W. FREI. Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1922, t. CXXXIX, p. 269)**

Un homme de 23 ans, mineur, travaille aux machines depuis l'âge de 15 ans, les mains toujours dans les graisses. Il avait l'habitude de les essuyer sur son pantalon au niveau des hanches. Quand F. le vit, cet homme était porteur de nombreux kystes sébacés, de pustules et de cicatrices d'acné ; au niveau de la fesse, petite tumeur ulcérée qui était un épithélioma corné, compliqué d'adénites inguinales. Extirpation ; mort 5 mois plus tard de cachexie.

L'examen histologique montra que la tumeur s'était développée sur la paroi d'un kyste sébacé vrai (et non d'un dermoïde) folliculaire. F. admet que le contact avec les graisses ou huiles a joué un rôle essentiel dans l'origine de ces tumeurs. Dans les kystes clos et dans les pustules, F. isolait du staphylocoque blanc, et du pyogène dans les kystes fistulisés. En plus il trouva un microbe du genre *streptotrix* qu'il avait d'ailleurs déjà découvert dans les infiltrats fistulisés d'un malade atteint de dermatite par le salvarsan. Ch. AUDRY.

**Sur l'épithélioma baso-cellulaire multiple de la peau du dos (hémila-téral dans un cas avec hyperplasie conjonctive de la jambe du côté opposé). Über multiple Basazellepitheliome des Rumpfhaut In einem Fall hemilateral gelegen, mit kontralateraler bindegewebiger Hyperplasie des Beines), par M. DE BUMAN. Archiv für Dermatologia und Syphilis, 1922, t. CXLI, p. 212.**

Après avoir rappelé un travail de Jadassohn relatif à 4 cas d'épithélioma disséminé basocellulaire du dos. B. donne 3 observations

personnelles. Dans le premier cas, outre les efflorescences du dos, il existait un épithélioma baso-cellulaire de la partie droite de la face qui coïncidait avec un état éléphantiasique du membre inférieur du côté opposé datant de 17 ans. Dans le second, la lésion présentait en quelques points des nodules semblables à du lichen plan. Dans le troisième, la lésion ressemblait à de la syphilis tertiaire. L'examen histologique donnait la structure de l'épithélioma baso-cellulaire.

Un travail de Rose, réunit 22 cas de ce genre, auxquels on en pourrait ajouter 2 ultérieurs.

La maladie est bénigne, s'observe à des âges très variés.

CH. AUDRY.

**Epithélioma cutané bénin chez une petite fille de 12 ans** (Singolare osservazione di epithelioma cutaneo benigno in una bambina dodicenne), par MARTINOTTI. *Gourn. ital. delle mal. ven e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 198, avec figures.

A la suite d'un traumatisme en jouant, une petite fille de 12 ans présente au devant de la cuisse gauche une sorte de noyau circonscrit, dur, indolent, avec ulcération à fond sanguinolent, et avec des bords à pic. Pas de ganglions inguinaux. Wassermann négatif. Après ablation l'examen montre une néoplasie épithéliale, en rapport avec l'épiderme, constituée d'éléments polygonaux, semblant pourvus de membranes, disposés en rangées ou en tubuli, circonscrivant des espaces formés de capillaires sanguins ou lymphatiques qui paraissent en contact direct avec les éléments néoplasiques. Cette tumeur est assez difficile à classer avec ses formations glandulaires ou pseudo-glandulaires ; elle pourrait être appelée épithélioma cutané adénoïde *sur generis* et de nature bénigne.

F. BALZER.

**Epithéliomas de la face et leur traitement par le radium** (Epitheliomas of the face and their treatment with radium), par MORROW et TAUSSIG, *Arch. of Dermat. and Syph.*, 1<sup>er</sup> janv. 1922, p. 73.

Au point de vue de la radiumthérapie, les auteurs font une distinction importante entre les épithéliomas baso- et spinocellulaires.

Tandis que pour traiter les basocellulaires, il est inutile d'employer les aiguilles et il suffit de faire des irradiations en surface, pour agir sur les spinocellulaires, il faut enfoncez des tubes de radium dans l'épaisseur de la tumeur puis compléter par des irradiations en surface.

S. FERNET.

**Epithéliomes multiples de la peau : « maladie précancéreuse de Bowen »** (Multiple carcinoma of the skin : « precancerous dermatosis of Bowen »), par SEQUEIRA. *The British Journ. of Dermat.*, mai 1921, p. 173 et juin 1921, p. 211.

Il s'agit d'une femme de 57 ans dont l'affection cutanée a débuté il y a 2 ans par une petite tumeur rouge de la face. Dans la suite, d'autres tumeurs ont apparu à la face et aux bras ; elles étaient saillantes, ovalaires, dures, quelques-unes étaient ulcérées et recouvertes de croûtes. L'une de ces tumeurs avait été guérie par le radium.

Huit ans après la malade présente des lésions multiples dissémi-

nées sur tout le corps. A la face, il existe des lésions cicatricielles sur la bordure desquelles on voit des éléments nodulaires, discoïdaux dont certains sont ulcérés. Au bras, il existe des tumeurs moins anciennes, ulcérées, bordées par des nodules arrondis, et s'accompagnant d'adénopathie axillaire.

A la cuisse, il existe une tumeur à base indurée, à bords arrondis nettement délimités, à surface granuleuse. A la région lombo-sacrée on constate l'existence d'un large placard verruqueux. Des lésions similaires existent aux membres inférieurs. Des biopsies ont été pratiquées sur divers points et ont montré des structures différentes.

La lésion verruqueuse du dos était histologiquement un épithéliome papillaire corné au stade papillaire simple. La lésion du bras était un épithélioma spino-cellulaire avec généralisation aux ganglions de l'aisselle. La lésion de la cuisse était un épithélioma baso-cellulaire ; une autre pièce prélevée sur le dos était un épithélioma papillaire corné à un stade plus avancé avec envahissement du derme par les cellules cancéreuses.

Ce cas est donc remarquable par la multiplicité des lésions et par l'existence de types différents d'épithéliomes.

D'après l'auteur, ce cas ne doit pas rentrer dans les épithéliomes multiples mais dans le groupe des dyskératoses et en particulier dans la maladie de Bowen à cause de la multiplicité des lésions et de leur caractère d'abord bénin puis malin (on est cependant surpris de ne pas trouver mentionnée, dans l'histologie de ce cas, la présence de cellules dyskératosiques).

S. FERNET.

**Dermatose précancéreuse de Bowen** (*Sulla dermatosi precancerosa di Bowen*, par MARTINOTTI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 182, avec figures).

L'auteur rappelle que Darier, confirmant Bowen, a individualisé cette affection sous le nom de Dyskératose en disques lenticulaires ou dermatose précancéreuse de Bowen. Il en rapporte deux cas nouveaux survenus chez deux femmes de 45 et 50 ans. Dans le premier cas l'affection siégeait depuis 12 ans au devant du sternum, dans la seconde l'affection se développa d'abord par un placard situé dans l'aine, à l'âge de 16 ans ; à 42 ans, nouveau placard au niveau de l'aréole du sein gauche, ét à 47 ans, troisième placard près du sternum. L'affection se présente avec un aspect papuloïde et discoïde des lésions qui apparaissent à diverses périodes de la vie, à marche chronique et rebelle, avec transformation épithéliomateuse inattendue et avec les lésions histopathologiques décrites par Bowen et Darier. Le stade préépithéliomateux, papuloïde, nodulaire, ou eczématoïde, peut être long, de 1 an (Darier) à 34 ans (Martinotti). L'auteur établit, d'après Darier, un tableau des caractères différentiels de la dermatose de Bowen et de la maladie de Paget qui sont très voisines l'une de l'autre. Cette dernière est surtout caractérisée par une première période eczématoïde, tandis que la première est d'abord papuloïde, mais les caractères des deux affections parfois semblent se confondre. Dans l'examen de ses

deux cas l'auteur relève une notable infiltration du derme, même dans les points où les lésions épithéliales sont minimes, et cette infiltration déborde aussi à la périphérie des lésions épithéliales. De là une discussion sur la question de l'épithéliomatose secondaire avec altérations du tissu conjonctif soulevée déjà par Ribbert et que l'auteur ne veut pas résoudre définitivement. Dans les deux cas qu'il a observés les rayons X eurent d'heureux effets.

F. BALZER.

**Epithelioma adénoïde cystique associé à un hématangiome** (Über einem Fall von Epithelioma adenoïdes cysticum in Kombination mit hämatangiösen Bildungen), par F. BACHER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXL, p. 118.

Tumeurs multiples du nez, du menton, du front, du cuir chevelu, des bras, apparues depuis plusieurs années chez une femme de 33 ans dont le père et 2 frères présentaient des lésions semblables.

La tumeur de la tempe présentait la structure de l'épithélioma adénoïde associée à des lésions de l'hématangiome et à des nodules profonds de cellules non caractéristiques sans tissu intercellulaire. Sur le bras, petites tumeurs encapsulées à structure d'hémangiome,

CH. AUDRY.

**Sur le cylindrome et l'épithelioma adénoïde cystique** (Ueber das Cylindrom und das Epithelioma adenoïdes cysticum), par J. WATANABE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXL, p. 208.

Tumeurs multiples du cuir chevelu chez un homme de 43 ans. W. y décrit une tumeur cylindromateuse au pourtour de laquelle on aperçoit d'autres formations appartenant au tricho-épithélioma. L'ignorance à peu près totale de W. des nombreux travaux français parus sur ce sujet rend très difficile l'interprétation exacte de son travail. Je relève cependant la dernière conclusion, judicieuse, qui range ces tumeurs dans le groupe des tumeurs multiples congénitales, c'est-à-dire, je pense, parmi les nœvi. CH. AUDRY.

**Un cas de cylindrome cutané**, par MAJOCCHI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 122, avec figures.

Homme de 38 ans, présentant une tumeur du sourcil droit grossissait depuis un an, indolente, couleur un peu jaunâtre. Considérant la difficulté du diagnostic, l'auteur conseille l'ablation, qui fut faite. L'examen histologique permit de reconnaître un cylindrome dont les éléments prennent leur départ dans l'endothélium vasculaire sanguin ou lymphatique en formant des cordons cylindriques d'aspect hyalin. Quelques uns semblent aussi prendre origine dans le périthélium et les cellules connectives, mais aucun dans l'épiderme ni dans les glandes ou les follicules, qui tendent au contraire à s'atrophier.

F. BALZER.

**Sarcome multiple idiopathique hémorragique de Kaposi** (Sarcoma idiopathicum multiplex hemorrhagicum (Kaposi)), par G. BRANN et S. SCUFFER. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXLI, p. 69.

à observations avec étude histologique. Ils concluent : que dans les nodules examinés, ils ont distingué un type plutôt angiomeux et un type plutôt sarcomateux, caractérisé l'un par la néoformation vasculaire, l'autre par la néoformation conjonctive. Aucune des théories antérieurement émises au sujet de la nature de cette maladie ne cadre avec les lésions histologiques constatées. Le mieux serait d'accepter l'hypothèse d'une prolifération mésenchymienne. CH. AUDRY.

**Sur l'origine des grains lipoides cellulaires.** Ueber das Herkommen lipoides Zellgranula, par KREIBICH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis* 1922, t. CXL, p. 158,

Par une technique appropriée (osmium, chromate, sudan, etc.), K. a trouvé que l'on colore souvent autour du noyau des cellules épithéliomateuses des grains lipoides qui sont situés à l'intérieur même des noyaux ou à leur pourtour immédiat. Il pense que toutes les granulations cellulaires ont leur origine dans le noyau.

CH. AUDRY.

#### *Urticaire.*

**Succession de crises d'urticaire, d'asthme et de grande anaphylaxie chez un jeune homme sensibilisé à l'ovalbumine. Etude clinique et biologique,** par MM PAGNIEZ, PASTEUR-VALLERY-RADOT et HAGUENAU. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 8 juillet 1921.

Observation très intéressante d'un malade suivi jour par jour pendant 10 mois, qui présentait un type d'anaphylaxie digestive à une albumine rigoureusement spécifique : le blanc d'œuf cru. A la suite d'ingestion d'ovalbumine on constate une succession et une intrication de divers syndromes propres à l'anaphylaxie digestive — troubles gastro-intestinaux, prurit, urticaire, asthme, grande crise du type de l'anaphylaxie expérimentale — montrant qu'ils sont de même nature et de même origine. La même cause les déclanche soit qu'il soit possible de prévoir quel syndrome va éclater.

H. RABEAU.

**Urticaire provoqué par le vent et le froid chez un hérédito-syphilitique** (Wind-und Kälteurtikaria bei Lues hereditaria, par R. WAGNER. *Dermatologische Wochenschrift*, 1922, n° 21, p. 489).

Un garçon de 17 ans, porteur d'une R. W. +, sans autre accident spécifique personnel (mère syphilitique) présente des poussées d'urticaire qu'on peut provoquer à volonté en l'exposant à un vent froid. W. pense qu'il s'agit d'une névrose vaso-motrice d'origine hérédito-syphilitique. Le traitement par As n'a pas donné de résultats.

CH. AUDRY.

# REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

## ÉTUDE CLINIQUE

### Foie.

**La syphilis tertiaire du foie à forme hypertrophique fébrile. La fièvre syphilitique tertiaire,** par MM. A. GILBERT, M. CHIRAY et ALFRED COURY.  
*Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 18 mars 1921.

Les trois cas de syphilis hépatique tertiaire qui sont relatés, étaient caractérisés par un gros foie peu ou pas douloureux, ne s'accompagnant ni d'ictère, ni d'ascite, ni de circulation collatérale, mais d'une fièvre durant des mois et des années et d'un amaigrissement considérable. Ces symptômes firent penser à la tuberculose, à l'abcès du foie, à la cholécystite. Les auteurs concluent que la syphilis hépatique tertiaire fébrile est relativement fréquente. La fièvre peut affecter des types variés Ses caractères essentiels sont : sa longue durée, sa résistance absolue aux antithermiques et à tout traitement, sauf au traitement spécifique. Le traitement arsenical ou mercuriel fait céder la fièvre en quelques jours, et en même temps diminuer rapidement le volume du foie. Cette syphilis tertiaire viscérale est souvent fébrile et doit être suspectée toutes les fois qu'une maladie fébrile prolongée n'a pas fait sa preuve.

M. Netter a signalé jadis des faits comparables.

M. Abrami pense que pour différencier cette hépatite syphilitique tertiaire de l'hépatite amibiennne, il vaut mieux recourir au traitement mercuriel, le traitement par l'arsénobenzol étant capable d'améliorer l'amibiase hépatique.

H. RABEAU.

**Hépatite syphilitique fébrile,** par M. J. DUMONT. *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 10 novembre 1921, p. 1421.

Un malade, ancien colonial, présentait un syndrome d'hépatite aiguë caractérisé par une fièvre irrégulière avec souvent type inverse, une hépatomégalie douloureuse, des hémorragies multiples avec urobilinurie.

L'auteur ayant éliminé le paludisme, l'Amibiase, avait pensé à une cirrhose graisseuse alcool-tuberculeuse. La notion de syphilis ancienne lui fit tenter le traitement d'épreuve. Sous l'influence d'un traitement prolongé arsenical et mercuriel, tous les symptômes hépatiques ont disparu.

H. RABEAU.

**La Syphilis, facteur étiologique constant de l'atrophie aiguë du foie** (Syphilis als konstanter ätiologischer Faktor der akuten Leberatrophie), par S. MAYER. *Berlin. klin. Woch.* 1921. Année 58. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 385.

Sur 13.968 autopsies faites de 1907 à 1917, 21 se rapportaient à l'atrophie aiguë du foie, et sur 3.315 pratiquées de 1918 au 31 mars 1921, 32 cas. L'année 1920 seule en comptait 14. C'est surtout le sexe féminin qui est atteint. Sur un ensemble de 25 cas, 15 étaient sûrement syphilitiques, 5 probablement; 3 fois il fallait invoquer la grossesse et

à fois aucun facteur appréciable. M. croit que la syphilis joue un rôle essentiel. Ni l'absence de spirochètes, ni celle des antécédents, ni une R. W. négative ne suffisent à écarter complètement l'hypothèse.

Ch. AUDRY.

**Ictère dans la syphilis** (*Über Ikterus bei Lues*), par H. FUHS et O. WELTMANN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXL, p. 247.

De l'étude de 28 cas personnels (24 appartenant à la période secondaire, 4 tertiaires), les autres concluent : Les rapports entre la syphilis peuvent être très variés. A la période secondaire, il s'agit d'une hépatite parenchymateuse syphilitique, tandis qu'à la période tertiaire, il s'agit plutôt d'un processus de sclérose proliférative du foie et de son voisinage qui comprimé les voies biliaires.

Dans la période secondaire, on peut distinguer : 1<sup>o</sup> un ictere purement syphlogène : ictere syphilitique précoce ; 2<sup>o</sup> un ictere survenu pendant la période de latence sous des influences plus ou moins dépendant de la syphilis, le salvarsan pouvant jouer un grand rôle dans leur apparition ; 3<sup>o</sup> une forme d'ictère catarrhal dont la nature syphilitique est incontestable, si dans un cas de lithiasis biliaire, il y avait combinaison.

Ch. AUDRY.

**Sur la phlébite syphilitique du foie** (*Über Phlebitis hepatico syphilitica*), par HART. *Virchows Arch.*, t. CCXXXVII, 1922, p. 44.

Dans un cas d'intoxication mortelle par le Salvarsan, H. a constaté une lésion isolée de la paroi des petites vésicules du foie, granulome typique péri-veineux, avec cellules géantes (différentes de la cellule de Langerans) avec nécrose centrale, etc. Certaines veinules étaient oblitérées par le processus. H. pense que l'encéphalite hémorragique qui a causé la mort était due à cette lésion phlébitique du foie, manifestement antérieure à l'époque à laquelle pouvait remonter l'encéphalite. Peut-être une réaction d'Herxheimer, violente a-t-elle mobilisé les spirochètes des granulomes hépatiques.

Ch. AUDRY.

### Ganglions.

**Adénopathie épitrochléenne dans la syphilis** (*Epitrochlear adenopathy in Syphilis*), par RULISON. *The Amerie. Journ. of Syphilis*, octobre 1921, p. 643.

Important article comprenant une revue générale de la question, une bibliographie très complète et une statistique personnelle portant sur 252 cas de syphilis et 43 cas d'affections diverses.

L'adénopathie susépitrochléenne est un signe précoce, persistant et fréquent de la syphilis. Ce n'est pas un signe pathognomonique car on l'observe aussi dans d'autres affections telles que : l'actinomycose, la blastomycose, le mycosis fongoïde, la lèpre, le cancer, le lymphatisme, la fièvre glandulaire et les maladies éruptives aiguës, les leucémies, la tuberculose, les infections locales des mains et des avant-bras, le prurit chronique généralisé.

Dans la syphilis en général R. a observé l'adénopathie sus-épito-

chléenne dans 79 o/o des cas. A la période primaire, il l'a observé chez 66 o/o des malades ; à la période secondaire chez 87 o/o, à la période tertiaire chez 76 o/o. Dans un certain nombre de cas l'adénopathie n'était qu'unilatérale. Ceci peut s'expliquer par le fait constaté par les anatomistes que les ganglions susépithrochléens sont inconstants et que, chez 15 à 20 o/o, des individus, ils sont absents, rudimentaires ou déplacés d'un ou des deux côtés. Contrairement à l'opinion généralement adoptée, R. reconnaît donc à l'adénopathie épitrochléenne unilatérale la même valeur qu'à l'adénopathie bilatérale.

Cette adénopathie n'est que faiblement influencée par le traitement, elle persiste fort longtemps et peut servir au diagnostic dans les syphilis traitées et latentes. L'adénopathie susépithrochléenne est moins fréquente dans la syphilis nerveuse que dans la syphilis cutanée et viscérale.

S. FERNET.

**Adénite syphilitique Infraclaviculaire** (*Infraclaviculardrüsen bei Syphilischen*), par OELZE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXL, p. 325.

Sur 1.643 hommes examinés au point de vue d'adénites juxtaclaviculaires, D. a trouvé 26 fois une adénite principalement sous-claviculaire.

22 de ces adénites s'observaient sur 535 cas de syphilis, tandis que tous les autres n'en présentaient que 4 fois.

Sur 8 cas où ces ganglions furent ponctionnés (chez des syphiliques), on trouva 5 fois des spirochètes.

7 fois, on les trouva chez des porteurs de chancre, et 7 fois il s'agissait de syphilis primo-secondaire.

CH. AUDRY.

**Diagnostic de la Syphilis et ponction ganglionnaire** (*Syphilisdiagnose und Drüselpunktion*), par H. DNOOP. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXII, p. 336.

Confirmant les résultats d'E. Hoffmann et de ses élèves, D. a trouvé des spirochètes 38 fois sur 50 dans les ganglions, 45 fois il s'agissait de chancre, 5 fois de syphilis secondaire. 14 fois, les ganglions donnaient un résultat positif, tandis que le chancre lui-même ne présentait pas de spirochètes.

CH. AUDRY.

**Extension de l'infection syphilitique par voie lymphatique pendant la période séronégative du stade primaire** (*Über die Ausbreitung der Syphilitischen Infektion auf dem Lymphwege in der seronegativer Periode des Primärstadiums*), par EICKE et SCHWABE. *Munchener med. Wocher.*, 1921, n° 22. Analyisé in *Zentralblatt für innere Medizin*, 1921, n° 47, p. 907.

A l'autopsie d'un sujet mort quatre semaines après l'infection on trouva des altérations ganglionnaires depuis la zone inguinale jusqu'à dans le médiastin antérieur, en suivant les ganglionsiliaques, rétropéritonéaux et le canal thoracique.

Les spirochètes introuvables dans le chancre et les ganglions inguinaux se découvraient encore dans les autres adénites. Ainsi, même

dans la période séronégative du chancre, l'infection peut se généraliser par la voie lymphatique, le canal thoracique versant les microbes dans la veine cave, d'où septicémie spirochétique et exanthème.

CH. AUDRY.

**Examen ultra-microscopique du matériel obtenu par la ponction des glandes lymphatiques pour le diagnostic de la syphilis** (L'esame ultra microscopico del materiale ottenuto della puntura delle ghiandole linfatiche come sussidio diagnostico della sifilide), par QUATTRINI. *Bulletino della Soc. med. Chir. Pavia*, n° 4, 1922.

Cette opération simple et bien tolérée a donné à l'examen 88,24 % de résultats positifs, chez des sujets non traités. Sa valeur diagnostique est donc très grande. Toutefois, l'auteur a trouvé deux fois, le *Spirocheta pallidula* dans les glandes lymphatiques dans le *framboësta*, et Monti, dans l'ictère infectieux, a décrit des spirochètes dans les voies lymphatiques de la zone médullaire et dans l'aventice des vaisseaux sanguins du parenchyme lymphatique. De telles recherches sont à poursuivre dans la syphilis latente.

F. BALZER.

#### Généralités.

**Histoire de la syphilis à Revel** (Geschichte der Syphilis in Revel), par A. SPINDLER. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXVIII. Analyisé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1921, p. 615.

Dès 1497, la syphilis est signalée dans l'ancienne Livonie. En janvier 1498, le Conseil communal de Revel prend des mesures contre son extension et en 1499, il y a au moins deux médecins spécialistes. Vingt ans plus tard, la syphilis était tellement répandue, qu'il fallait un hôpital spécial.

CH. AUDRY.

**Nouvelles idées sur la syphilis** (Novas ideas sobre a syphilis), par U. NONOHAY. *Revista dos Cursos*, de la Faculté de Médecine de Porto-Alegre (Brésil), juillet 1921.

**Syphilis et glandes endocrines** (Syphilis e glandulas endocrinicas), par U. NONOHAY. *Archivos brasileiros de medicina*. Décembre 1920, p. 701.

La syphilis apparaît à N. comme une endocrinopathie parasitaire. Après une étape ganglionnaire, le parasite résiderait de préférence dans les tissus glandulaires, y déterminant parfois des réactions se traduisant cliniquement par des syndromes mal connus. N. rappelle les asthénies d'origine polyglandulaire décrites par Merklen, Devaux et Desmoulières. Les dystrophies de la syphilis héréditaire révèlent souvent une origine endocrine.

PELLIER.

**Lésions et causes de la mort chez les sujets atteints de syphilis acquise** (Sektionsbefund und Todesursachen bei Patienten mit erworbener Syphilis), par M. LAURITZ. *Hospitalstidende*, 1922, n° 15, p. 106. Analyisé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1922 t. VI, p. 183.

Sur 4 717 cadavres d'adultes, on trouva 358 syphilitiques, dont 69 % d'hommes et 31 % de femmes. 65 % étaient âgés de 30 à 60 ans, 25 % de 60 à 70 ans ; 7 % au-delà de 70 ans. 54 % étaient connues comme syphilitiques. La moitié mourait dans les 25 premières

années ; 26 o/o avaient présenté des symptômes spécifiques pendant leur dernière hospitalisation. La R. W. examinée dans 44 o/o donna 64 o/o de positifs. De ces derniers, 82 o/o présentèrent des lésions syphilitiques. Plus de la moitié offrait de l'aortite, un cinquième des lésions nerveuses centrales. 39 o/o avaient sûrement succombé à la syphilis, 14 o/o vraisemblablement (dont 1 décès par salvarsan, et 5 par intoxication mercurielle). 22 cirrhoses syphilitiques contre 24 cirrhoses autres. 61 néphrites sur 358 autopsies syphilitiques. CH. AUDRY.

**Sur le diagnostic de la syphilis. Importance de l'enquête familiale,** par M. LEREDDE *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, n° 9. Séance du 13 mai 1921.

L. insiste sur la nécessité de mettre en œuvre tous les moyens pour dépister la syphilis. La syphilis des dermatologues est *relativement* une syphilis exceptionnelle. Il faut pratiquer un examen complet de tous les viscères, il n'en est aucun qu'elle ne puisse toucher. Il importe de se rappeler que l'absence de stigmates est infiniment fréquente dans la syphilis acquise. Elle manque dans les 2/3 des cas dans la syphilis héréditaire. Il faut pousser à fond l'enquête familiale, ne pas la limiter aux père et mère, mais aux descendants, aux frères, aux sœurs, etc... L'auteur apporte XVII observations dans lesquelles, soit la syphilis héréditaire ignorée, était reconnue après découverte de l'infection chez les parents, soit la syphilis des parents était reconnue par la découverte de l'infection chez les enfants, soit la syphilis de la femme ignorée reconnue par la découverte de l'infection chez le mari. Dans d'autres cas la séro-réaction (méthode de Hecht et Jacobstal) ou le traitement d'épreuve démontrent l'existence de l'infection. Le domaine de la syphilis est beaucoup plus étendu qu'on ne le pense généralement ; il est indispensable de serrer de près ce problème étiologique du plus haut intérêt.

H. RABEAU.

**Existe-t-il des maladies par génération spontanée Syphilis et maladies familiales,** par M. LEREDDE. *Presse médicale*, 19 juillet 1922.

Le nombre des « maladies familiales » est déjà considérable ; le terme de « dystrophie » plus vague s'applique à des états plus nombreux encore. Or, pour beaucoup d'auteurs les maladies familiales ne peuvent être syphilitiques, *par définition*. Les problèmes relatifs au rôle joué par la syphilis dans ces affections appellent une étude attentive et reprise de manière complète. L'hérédité peut créer des anomalies, des malformations, des tares morphologiques, physiologiques, physicochimiques ; reste à expliquer, mieux que par le mot hérédité dystrophique, le rôle que la syphilis joue dans la gemellité et dans les dystrophies familiales ou non familiales dont certaines se développent avant la vie placentaire : dystrophies, malformations, qu'on observe d'ailleurs chez des individus infectés par le spirochète.

Par contre, l'hérédité ne crée pas de maladies au sens que l'on doit donner à ce mot depuis l'ère pastoriennne. Les lésions, l'évolution des « maladies familiales » aussi bien que des autres s'expliquent, chez les syphilitiques par l'action du spirochète, chez les non syphilitiques.

ques, jusqu'à preuve du contraire, par l'action de causes étrangères à l'organisme qui sont sans doute dans tous les cas également microbiennes, et atteignent des régions en état de vulnérabilité congénitale et souvent familiale ».

H. RABEAU.

**La syphilis contractée à l'occasion du travail en face de la loi sur les accidents** (La sifilide contratta in occasione di lavoro di fronte alla legge negli, infortuni), par MIBELLI (*XVII<sup>e</sup> Riunione della Soc. ital. di Drem.*, p. 509, 1920).

Travail important de médecine légale, mais qui ne se prête pas à l'analyse pour ce journal.

F. BALZER.

**Prophylaxie et prostitution**, par M. CARLE. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 9, 20 mai 1920.

C'est par la création de dispensaires, par la multiplication des consultations gratuites et des traitements par injections intra-veineuses, en un mot c'est par l'éducation prophylactique, que l'on obtiendra les meilleurs résultats au point de vue sanitaire.

JEAN LACASSAGNE.

**Quelques formes peu communes de manifestations cutanées de la syphilis** (Sopra alcune forme poco comune di manifazioni cutanee della sifilide), par MARTINOTTI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 152, avec figures.

L'auteur étudiant les syphilides lupiformes rappelle les recherches de Bernay, Brocq et Longin, etc..., rapporte les observations de 15 cas, sur lesquels 8 purent être examinés avec biopsie. Elle ont trait principalement aux formes lupoïdes des syphilides tertiaires ; les cas simulaient les lupus, ou le granulome annulaire; la sporotrichose, les lupus ulcérés ou cicatrisés, le lupus pernio, l'erythème induré de Bazin, même la lèpre, etc... Dans 9 de ces cas la syphilis était ignorée. La séro-réaction n'était pas positive dans tous les cas. L'histologie montrait des lésions de structure tuberculoïde. Les observations sont illustrées de photographies instructives et nombreuses.

F. BALZER.

**La syphilis secondaire chez les indigènes de l'Afrique du Nord. Accidents cutanés muqueux et généraux**, par M. LACAPÈRE. *Annales des maladies vénériennes*, 1921, n° 3, p. 193 à 240, n° 4, p. 279 à 316.

Dans ce long mémoire illustré de belles photographies L. passe en revue les différentes formes de la syphilis secondaire chez l'indigène de l'Afrique du Nord, insistant sur les caractères particuliers de l'éruption, sur son évolution. Il y a chez les individus non traités un grand nombre de malades dont la syphilis se manifeste depuis son début jusqu'à une époque très tardive, par une succession de formes éruptives qui se modifient lentement par place passant des variétés les plus légères, les plus mobiles de la syphilis secondaire jusqu'aux formes les plus fixes, les plus destructives de la syphilis tertiaire. La durée de la période secondaire a paru plus courte que chez les Européens. La syphilis secondaire des Israélites se rapproche beaucoup

plus de la syphilis européenne que de la syphilis des musulmans, ses manifestations secondaires sont beaucoup moins graves. — Les plaques muqueuses ont la même fréquence et peuvent se reproduire presque sans interruption pendant des années. La leucoplasie secondaire qui disparaît spontanément au bout d'un certain temps n'aboutit presque jamais à la leucoplasie chronique fissulaire de la période tertiaire.

H. RABEAU.

**Des accidents syphilitiques secondaires précoces et de leurs dangers : plaques muqueuses préroséoliennes**, par H. GOUGEROT. *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 29 novembre 1919, n° 48, p. 753.

Trois observations de plaques muqueuses (1 fois érosion du sillon balano-préputial, 2 fois plaques muqueuses buccales) chez des sujets porteurs de chancre âgé de 15 jours, 18 jours, et 12 jours. La présence du tréponème a été constatée dans les lésions.

G. conclut que : 1<sup>o</sup> un porteur de chancre peut avoir des plaques muqueuses isolées contenant le tréponème et être contagieux beaucoup plus précocement qu'on ne le croit généralement; 2<sup>o</sup> toute érosion buccale survenant chez un porteur de chancre, si précoce soit-elle peut être une plaque muqueuse, alors même qu'elle paraît banale et que le traitement est commencé. R.-J. WEISSENBACH.

**Douleur syphilitique du dos (Syphilitic Backache)**, par KLAUDER. *Arch. of Dermat.*, 1921, p. 761 (d'après l'analyse de Amer. Journ. of Syphilis, oct. 1921, p. 682).

La douleur dans la région dorsale est souvent symptomatique de la syphilis médullaire, musculaire ou vertébrale. Lorsqu'elle est symptomatique d'une syphilis médullaire, elle est due à l'irritation des méninges spinale et des racines postérieures. On peut l'observer dès la période secondaire; elle constitue généralement l'un des éléments du syndrome méningé. Elle siège soit à la hauteur des omoplates, soit plus bas, elle peut accompagner d'hyperesthésie, de paresthésie, d'irradiations douloureuses suivant le trajet des nerfs intercostaux, d'exasération des réflexes cutanés, de raideur du dos. Dans certains cas de syphilis médullaire cette douleur constitue le symptôme prépondérant, dans d'autres elle demande à être recherchée. Il est certain que de nombreuses affections peuvent donner lieu à une douleur persistante dans le dos, mais K. l'a observée assez fréquemment dans la syphilis nerveuse pour considérer qu'il s'agit là d'un signe qui doit attirer l'attention du médecin. S. FERNET.

**Syphilis et grossesse (Syphilis und Schwangerschaft)**, par A. LÖSER. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1920, n° 42. Analysé in *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 15, p. 311.

Sur 3.247 accouchements (Münich, Dusseldorf, Rostock), 128 enfants syphilitiques soit 3,9 %. Sur un million d'enfants qui naissent en Allemagne, 39.113 sont atteints de syphilis congénitale.

G. AUDRY.

**La pathogénie de la Syphilis maligne** (Die Pathogenese der Syphilis maligna), par M. UMANSKY. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1<sup>er</sup> décembre 1921, p. 1112.

Les caractères de la syphilis maligne sont bien connus : mauvais état général, évolution beaucoup plus rapide, apparition dès le stade secondaire de syphilides ulcérées à tendance destructive (Bomben-syphilis, tertiarisme précoce), absence d'adénopathie généralisée, séro-réaction négative, rareté ou absence de spirochètes dans les lésions (bien que l'inoculation au singe soit positive), complications viscérales, pronostic fâcheux et échec fréquent du traitement spécifique (sauf pour les arsénobenzols).

U. passe en revue les différentes théories proposées pour expliquer la pathogénie : infection mixte, avec cocci ; affections viscérales ou troubles constitutionnels concomitants (tbc., malaria, intoxications, etc.) ; qualité spéciale du germe ; défaut de résistance de l'organisme ; absence de production d'anticorps. Il démontre les côtés faibles et l'insuffisance de ces hypothèses.

Les connaissances récentes sur les modifications allergiques du terrain au cours des différents stades de la syphilis rendent beaucoup plus vraisemblable l'hypothèse que le sujet présentant une syphilis maligne se trouverait, dès le début de l'infection, dans un état d'allergie très élevée à l'égard du spirochète ; il réagirait d'emblée à la présence du spirochète, comme réagit habituellement un syphilitique à la période tertiaire, et comme si dès le début il possédait un grand nombre d'anticorps. Ainsi s'expliqueraient la destruction rapide des spirochètes *in loco*, et les réactions inflammatoires intenses des tissus.

Les faits suivants parlent également en faveur de cette hypothèse, précédemment défendue par Jadassohn, Nægeli et d'autres, que la syphilis maligne serait une « syphilis allergique » : la cuti-réaction à la luetine, ou à un extrait de foie fœtal syphilitique, est négative aux stades primaire et secondaire, et ne devient positive qu'au stade III ; dans la syphilis maligne au contraire elle est d'emblée fortement positive. La cuti-réaction doit être considérée comme une réaction d'allergie et n'est pas assimilable à la séro-réaction.

H. JAEGER.

---

*Le Gérant : F. AMIRault.*

---

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

